



Affiliation  Modification d’affiliation

## Régime Frais de santé | CCN Tourisme social et familial Contrat d’assurance collective et contrat standard surcomplémentaire

### > ADHÉRENT

Nom

N° Siren

Lieu de travail

Date d’embauche  Date d’affiliation

Je soussigné(e), certifie que le salarié ci-dessous désigné fait partie des effectifs de l’entreprise à la date de signature de la présente déclaration. L’adhésion ne sera effective qu’à l’issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d’assurance.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

À

*Signature et cachet de l’entreprise :*

le

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ADHÉRENT

### POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE AFFILIATION

- Écrivez en lettres capitales.
- Remplissez au verso le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé et indiquez la périodicité de paiement de votre cotisation (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).
- Joignez les pièces suivantes :
  - la photocopie de l’attestation jointe à votre carte Vitale, pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre.
  - votre relevé d’identité bancaire.
  - le mandat de prélèvement SEPA (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).

#### Et selon votre situation :

- copie du livret de famille (conjoint marié),
- photocopie de l’attestation de PACS (pacsé),
- attestation sur l’honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d’imposition, facture EDF, bail commun, attestation d’assurance...)
- s’agissant des enfants : certificat de scolarité, copie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, attestation d’inscription au Pôle Emploi, carte d’invalidité...

#### 4- Dater et signez votre bulletin.

- Transmettez votre dossier à l’adresse indiquée à la fin de ce document.

### > PARTICIPANT

Civilité :  M  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale  Sexe :  F  M

Date de naissance

Situation de famille :

célibataire  concubin(e)  pacsé(e)  marié(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Rés, Bât, Appt.

N°  Adresse

Code postal  Ville

Téléphone

Email<sup>(1)</sup>  @

(1) En complétant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail.

### > VOS GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat d’assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN503100 souscrit par votre employeur. Vous devez déclarer vos enfants à charge qui sont obligatoirement affiliés.
- Souhaitez-vous faire bénéficier votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS du contrat d’assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN503100/01:  OUI  NON
- Si votre employeur a souscrit le contrat standard « surcomplémentaire » (avec la possibilité de couvrir le salarié et son conjoint), à adhésion collective facultative (CCN503102-CCN503102/01), vous avez la possibilité d’y adhérer :  
Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON

Si vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative, **les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques**, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d’assurance collective du régime frais de santé.

## COTISATIONS

### EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AU CONJOINT

- Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 euros en 2019)

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	1,22 % PMSS	0,73 % PMSS

### CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

- Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 euros en 2019)

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Famille hors conjoint	+ 0,49 % PMSS	+ 0,49 % PMSS
<b>EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT</b>		
Conjoint	+ 0,36 % PMSS	+ 0,36 % PMSS

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

- mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

## > BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(2)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser)		<input type="text"/>
1 <sup>er</sup> enfant <sup>(3)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre		<input type="text"/>
2 <sup>e</sup> enfant <sup>(3)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre		<input type="text"/>
3 <sup>e</sup> enfant <sup>(3)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre		<input type="text"/>

(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du ou au sens du contrat socle collectif obligatoire - (2) sous lequel sont effectués les remboursements. - (3) enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire.

## > ENGAGEMENT

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées.

J'atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information référencée « NI-CCN TSF socle-santé-2017 », le cas échéant « NI-CCN TSF surcomplémentaire-santé-2017 ».

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Malakoff Médéric Humanis  par e-mail  par sms.

Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Malakoff Médéric Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis Prévoyance.

À

le

Signature du Participant précédée de la mention « lu et approuvé »

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris. • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. • L'institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n° 2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans la limite fixée par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par mail à [dpo@malakoffmederic-humanis.com](mailto:dpo@malakoffmederic-humanis.com) ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. En cas de réclamation relative à la protection des données, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. • Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du Code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

## NOS COORDONNÉES

Malakoff Médéric Humanis : 348 rue du Puech Villa - BP 7209 - Parc Euromédecine - 34183 Montpellier cedex 4