

BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

REGIME FRAIS DE SANTE

« CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE »

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L’HOTELLERIE DE PLEIN AIR

> L’ADHERENT

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

N° DE SIRET : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

DATE D’EMBAUCHE : |_|_|_|_|_|_|_| DATE D’AFFILIATION : |_|_|_|_|_|_|_|

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l’Adhérent à la date de signature de la présente déclaration.

Fait à _____ le _____ Signature et cachet de l’Adhérent

> LE PARTICIPANT

 M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_| Situation : célibataire. concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

(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° CCN017100 souscrit par votre employeur.

→ Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) :

- du contrat d’assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » :
 OUI NON

L’adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d’affiliation que celle du salarié lorsque la demande d’extension est faite simultanément lors de son affiliation. À défaut, l’adhésion des membres de la famille prend effet à la date de l’évènement dans le cas d’une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l’Institution avant le 30 novembre de l’année précédente.

> COTISATIONS**COTISATIONS EN % DU PMSS***(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)***Extension facultative aux membres de la famille du participant n° CCN017101**

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	+ 0,99 %	+ 0,40 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,65 %	+ 0,27 %

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

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

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

mensuelle trimestrielle annuelle

> BENEFICIAIRES A GARANTIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situation (3)
Conjoint (1)						
Enfant 1 (2)						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						
Enfant 5						

*(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du contrat socle collectif obligatoire**(2) enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire**(3) Situation: 1= scolaire 2=étudiant, 3= apprenti ,4= recherche d'un emploi, inscrit au pôle emploi, 5=invalidé, 6= autre (préciser)*

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto.

Les garanties figurent en annexe. La notice d'information me sera remise par mon employeur

A _____ le _____ **Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »**

Pour faciliter l'enregistrement de l'affiliation

1. Ecrivez en lettre capitales.
2. N'oubliez pas de remplir :
 - le tableau des bénéficiaires à garantir,
 - la périodicité de paiement de votre cotisation (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).
3. **Joignez les pièces suivantes :**
 - **Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre.**
 - **joindre un mandat de prélèvement** (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. **Datez et signez votre déclaration**
5. Transmettez le tout : - Centre de gestion Humanis

Humanis Prévoyance
 TSA 77374
 34 186 Montpellier CEDEX 4
 09-69-32-21-34

Les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées aux entités composant le groupe HUMANIS ainsi qu'aux partenaires du groupe HUMANIS en charge d'activités confiées par le Groupe.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnild@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données.