

## BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVUELLE

### REGIME FRAIS DE SANTE

#### « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF »

#### CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L’HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

> L’ADHERENT (à remplir par l’adhérent)

N° ADHERENT : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOM : \_\_\_\_\_

N° DE SIREN : \_\_\_\_\_

LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

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

#### GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE :

Contrat Socle Collectif obligatoire

→ Contrat Surcomplémentaire Collectif

Adhésion collective obligatoire :

- OPTION 1 CCN017301/00  
ou  OPTION 2 CCN017302/00  
ou  OPTION 3 CCN017304/00  
ou  OPTION 4 CCN017304/00

Adhésion collective facultative :

- OPTION 1 CCN017303  
ou  OPTION 2 CCN017303  
ou  OPTION 3 CCN017305/00  
ou  OPTION 4 CCN017305/00

#### MODALITES D’APPEL DE COTISATIONS :

##### Au titre d’un contrat collectif surcomplémentaire à adhésion facultative :

- Appel de cotisation collectif (auprès de l’entreprise),  
 Appel de cotisation individuel (auprès du Participant)

##### Au titre de l’extension facultative aux membres de la famille :

- Appel de cotisation collectif (auprès de l’entreprise),  
 Appel de cotisation individuel (auprès du Participant),

#### STATUT DU SALARIE :

- Ensemble du personnel  
 Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

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



**> 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= invalide, 6= autre (préciser)

**> COTISATIONS**

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié, appelées auprès de celui-ci :

Mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

**EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE (CCN017101)**

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

**Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.**

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	+ 0,99 %	+ 0,40 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,65 %	+ 0,27 %
<sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant		

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

## **EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE (CCN017301/01 – CCN017302/01 - CCN017304/01)**

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

### **I - Options surcomplémentaires 1 et 2**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>		
	<b>Option 1 (CCN017301/01)</b> souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	<b>Option 2 (CCN017302/01)</b> souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire
<b>Conjoint</b>	<b>+ 0,15 %</b>	<b>+ 0,31 %</b>
<b>Par enfant à charge <sup>(1)</sup></b>	<b>+ 0,12 %</b>	<b>+ 0,25 %</b>
<i><sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>		

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

### **II - Options surcomplémentaires 3 et 4**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>						
	<b>Option 3 (CCN017304/01)</b>			<b>Option 4 (CCN017304/01)</b>		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire
<b>Conjoint</b>	<b>+ 0,68 %</b>	<b>+ 0,53 %</b>	<b>+ 0,37 %</b>	<b>+ 1,10 %</b>	<b>+ 0,95 %</b>	<b>+ 0,79 %</b>
<b>Par enfant à charge <sup>(1)</sup></b>	<b>+ 0,40%</b>	<b>+ 0,28 %</b>	<b>+ 0,15 %</b>	<b>+ 0,63 %</b>	<b>+ 0,51 %</b>	<b>+ 0,38 %</b>
<i><sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>						

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

## **CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE (CCN017303 - CCN017305/00 – CCN017305/01)**

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

### **I - Options surcomplémentaires 1 et 2**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

<b>Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative CCN017303 COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>			
	<b>OPTION 1 (CCN017303)</b> souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	<b>OPTION 2 (CCN017303)</b>	
		Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire
<b>Participant seul</b>	<b>+ 0.16 %</b>	<b>+ 0.32 %</b>	<b>+ 0,19 %</b>
<b>Extension facultative aux membres de la famille</b>			
<b>Conjoint</b>	<b>+ 0.18 %</b>	<b>+ 0.37 %</b>	<b>+ 0,22 %</b>
<b>Par enfant à charge <sup>(1)</sup></b>	<b>+ 0.14 %</b>	<b>+ 0.30 %</b>	<b>+ 0,18 %</b>
<i><sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>			

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

### **II – Options surcomplémentaires 3 et 4**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>						
	<b>Option 3</b>			<b>Option 4</b>		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire
<b>Participant seul (CCN017305/00)</b>	<b>+ 0,69 %</b>	<b>+ 0,56 %</b>	<b>+ 0,42 %</b>	<b>+ 1,11 %</b>	<b>+ 0,98 %</b>	<b>+ 0,84 %</b>
<b>Extension facultative aux membres de la famille</b>						
<b>Conjoint (CCN017305/01)</b>	<b>+ 0,79 %</b>	<b>+ 0,64 %</b>	<b>+ 0,48 %</b>	<b>+ 1,27 %</b>	<b>+ 1,12 %</b>	<b>+ 0,96 %</b>
<b>Par enfant à charge <sup>(1)</sup> (CCN017305/01)</b>	<b>+ 0,45%</b>	<b>+ 0,33 %</b>	<b>+ 0,20 %</b>	<b>+ 0,73 %</b>	<b>+ 0,61 %</b>	<b>+ 0,48 %</b>
<i><sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>						

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

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 de la notice d'information qui me sera remise par mon employeur

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis :

par e-mail  par sms

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 du groupe Humanis ou des personnes habilitées par lui.

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

*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-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@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.*

*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 : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris*

## 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. Dater et signez votre déclaration**

5. Transmettez le tout : - Centre de gestion Humanis

Humanis

348 rue Puech Villa

BP 7209

Parc Euromédecine

34183 Montpellier cedex 4