

DECLARATION D’AFFILIATION**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES
D’ARCHITECTURE**

Adhésion Modification d’Adhésion

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

N° Adhérent : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RAISON SOCIALE: _____

N° DE SIREN : _____

CATEGORIE DE PERSONNEL (cochez la catégorie correspondante)

Catégorie	<input type="checkbox"/> l’ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

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

- « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN510100,
- Contrat Standard « Garanties Frais de Santé complémentaires aux garanties prévues par le régime conventionnel » :
 - Option A souscrite à titre obligatoire n° CCN510101 (*Appel de cotisations auprès de l’entreprise*),
 - Option A souscrite à titre facultative n° CCN510102 (*Appel de cotisations auprès du salarié*).

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

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

> **COTISATIONS au titre de la couverture facultative (CCN510102)**

Cotisations mensuelles du Participant (en % du PMSS)	En complément des cotisations du régime conventionnel prévues par la Convention Collective Nationale des Entreprises d'Architecture	
Option A	<ul style="list-style-type: none">➤ Salarié seul➤ Couple➤ Famille	0.28 % 0.57 % 0.77 %

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.

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.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

Je joins à ma déclaration les pièces justificatives indiquées au recto.

A _____ le _____

Signature du Participant

Pour faciliter l'enregistrement de l'affiliation

1. Ecrivez en lettres capitales.
 2. N'oubliez pas de remplir :
 - le tableau des bénéficiaires à garantir,
 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 au Centre de gestion Humanis :
 - Humanis
 - 348 rue Puech Villa
 - BP 7209
 - Parc Euromédecine
 - 34183 Montpellier cedex 4

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex ou par courriel à contactcnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.