

Régime frais de santé conventionnel

Convention Collective des Industries et Commerces de la Récupération

> ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret

Date d'affiliation du salarié au contrat

Statut du salarié Non cadre Cadre

Régime appliqué Base conventionnelle ou contrat standard équivalent
(appel de cotisation uniquement auprès de l'entreprise)

Si vous avez adhéré à l'extension, vous devez préciser :

- Extension (garanties complémentaires : prothèses dentaires, dépassement d'honoraires...)
 Adhésion collective obligatoire (appel de cotisations auprès de l'entreprise)
 Adhésion collective facultative avec appel de cotisation :
ou Collectif auprès de l'entreprise
 Individuel 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 demande.

A le *Signature et cachet de l'entreprise*

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, le choix des garanties et le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
- 3- **Joignez les pièces suivantes :**

- la copie de l'attestation d'ouverture de droits délivrée par la CPAM, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé.
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Si vous êtes concerné :

- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage,
- le **certificat de radiation de votre précédente mutuelle** daté de moins de 3 mois, si votre contrat prévoit un délai de stage.
- votre mandat de prélèvement SEPA.

4- **Datez et signez votre déclaration.**

5- **Transmettez le tout à :**
Humanis
348, rue Puech Villa
BP 7209 - Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4

> SALARIÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale Noémie oui non

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille

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

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @

> VOS GARANTIES

Si l'extension facultative est retenue par votre employeur, souhaitez-vous y adhérer ? Oui Non

Si le prélèvement des cotisations "options facultatives" s'effectue sur votre compte, joindre une autorisation de prélèvement.

Vous souhaitez être prélevé Mensuellement Trimestriellement

Vous demandez à faire bénéficier votre famille (votre conjoint ou concubin et vos enfants à charge) de la garantie "Frais de santé", conformément à l'adhésion souscrite par votre employeur, auprès d'Humanis Prévoyance. Oui Non

Votre conjoint (ou concubin ou Pacs) bénéficie d'une mutuelle Oui Non

Si oui, ne pas envoyer la photocopie de l'attestation de Sécurité sociale.

> BÉNÉFICIAIRES SANTÉ A GARANTIR

| | Nom | Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité sociale ⁽²⁾ |
|-------------------------|---|--|----------------------|--|
| Conjoint ⁽¹⁾ | <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"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 1 ^{er} enfant | <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"/> autre (préciser) <input type="text"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 2 ^{ème} enfant | <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"/> autre (préciser) <input type="text"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 3 ^{ème} enfant | <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"/> autre (préciser) <input type="text"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 4 ^{ème} enfant | <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"/> autre (préciser) <input type="text"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5 ^{ème} enfant | <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"/> autre (préciser) <input type="text"/> | | Noémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à cette déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance.

A le

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la loi Informatique et Liberté 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.