

**Régime Frais de Santé | Contrat d’assurance collective et contrat “surcomplémentaire”
CCN des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires**

ADHÉRENT

Nom

N° Siret

Lieu de travail

Garanties souscrites :

Contrat d’assurance collective du régime frais de santé CCN013100

Contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire du salarié CCN013300/01 - CCN013301/01

Contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative du salarié CCN013300/02 - CCN013301/02

Date d’embauche Date d’affiliation du salarié au contrat

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.

À le Signature et cachet de l’adhérent

PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme

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 @

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

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1 - Écrivez en lettres capitales.
- 2 - Remplissez au verso de ce document, la demande d’extension si vous le souhaitez, la périodicité de paiement (uniquement en cas d’extension) et le **tableau des bénéficiaires** de votre contrat Santé.

3 - Joignez les pièces suivantes :

- la copie de l’attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
- votre relevé d’identité bancaire,
- un mandat de prélèvement SEPA (uniquement en cas d’extension).

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, (copie de la carte d’étudiant, copie du contrat d’apprentissage, de professionnalisation ou contrat de travail, attestation d’inscription au Pôle Emploi ou carte d’invalidité...)
- la copie de votre livret de famille,
- l’attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage.

4 - Dater et signez votre déclaration.

5 - Transmettez le tout à :

Humanis
348 rue Puech Villa - B.P. 7209
34183 Montpellier cedex 4

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l’organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.

VOS GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé CCN013100 souscrit par votre employeur.
- Vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire (CCN013300/01) si votre employeur l'a souscrit.
- Si votre employeur a souscrit le contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative (CCN013300/02), 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.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la date d'affiliation du salarié, si leur déclaration a lieu à cette occasion et sous réserve de la fourniture des pièces justificatives.

Postérieurement, en cas de changement de la situation de famille, l'adhésion prend effet à la date de production de l'ensemble des pièces justificatives visées dans la notice d'information.

GARANTIES FACULTATIVES

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

Vous pouvez choisir de couvrir votre conjoint non à charge par une extension facultative souscrite individuellement moyennant le paiement des cotisations correspondantes. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties dont vous bénéficiez au titre de votre contrat d'assurance collective du régime frais de santé et le cas échéant aux garanties que vous avez souscrites au titre de votre contrat standard « surcomplémentaire » collectif.

L'adhésion du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale prend effet :

- à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- à défaut au 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
	↓	↓	↓	↓
Conjoint ⁽¹⁾	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" 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 style="width: 150px;" type="text"/>

(1) conjoint, pacsé, concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale

COTISATIONS EN % DU PMSS

(Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 170 € en 2015)

EXTENSION FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE - CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE CCN013101

	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint non à charge SS	1,79 %	1,14 %

EXTENSION FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE

Contrat "surcomplémentaire"	Adhésion collective obligatoire CCN013301/01	Adhésion collective facultative CCN013301/02
Conjoint non à charge SS	0,49 %	0,59 %

CONTRAT "SURCOMPLÉMENTAIRE" FACULTATIF CCN013300/02

Famille (Salarié de l'étude et ses ayants droit à l'exception du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale)	0,76 %
--	--------

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

Périodicité de prélèvement choisie pour ces cotisations : mensuelle trimestrielle annuelle



BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽⁴⁾
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"/>			
1 ^{er} enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
2 ^e enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
3 ^e enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
4 ^e enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
Ascendant ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
Descendant ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			

(1) conjoint, pacsé, concubin à charge Sécurité sociale (2) enfant à charge au sens du contrat d'assurance collective du régime frais de santé (3) ascendant et descendants à charge Sécurité sociale (4) 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.

À le

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

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.