

Adhésion       Modification d'adhésion

## Contrat "surcomplémentaire" | Garanties santé complémentaires au régime conventionnel de la Convention Collective Nationale de l'Animation

### ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret                 N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal      Ville

Téléphone           Fax

Mail  @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat à adhésion collective obligatoire :  
CCN019103/00 - CCN019105/00

Contrat à adhésion collective facultative :  
CCN019104/00 - CCN019106/00

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

### POPULATION COUVERTE ET TYPE D'ADHÉSION

Catégorie(s) de personnel concernée(s) :

- 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)

Effectif assuré à la date d'adhésion

Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié <i>Appel des cotisations auprès de l'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise) <input type="checkbox"/> Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)
Garanties Retenues <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> option 1 ou <input type="checkbox"/> option 2	<input type="checkbox"/> option 1 et/ou <input type="checkbox"/> option 2

*(1) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le Participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du Participant aura un caractère définitif.*

*(2) Le niveau de garanties retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1<sup>er</sup> janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.*

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Cochez les cases correspondant aux choix du type d'adhésion retenue.
- 3- Dated et signez votre bulletin d'adhésion.
- 4- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association.
- 5- Envoyez-le tout à l'adresse au verso.

## ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom  agissant en qualité de<sup>(1)</sup>  déclare adhérer, au profit des catégories de salariés désignées en page 1 de ce bulletin, au présent contrat<sup>(2)</sup> référencé au recto assuré par Humanis Prévoyance. Le contrat est souscrit à effet du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi). Un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les garanties et cotisations figurent ci-après. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion, les Conditions Générales) et la notice d'information.

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.

(2) Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'Animation assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

Fait à  le

L'entreprise  
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance  
Le Directeur

## COTISATIONS EN % DU PMSS (Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 € en 2016)

### Cotisations complémentaires à celles du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'Animation

Contrat standard « surcomplémentaire » n° CCN019103/00 - CCN019104/00 - CCN019105/00 - CCN019106/00	
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 1	+ 0,53 %
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 2	+ 0,72 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 1	+ 0,64 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 2	+ 0,86 %
Base + Salarié adhésion Obligatoire Option 1 + adhésion facultative Option 2	+ 0,76 %

Extension facultative aux membres de la famille du participant n° CCN019103/01 - CCN019104/01 - CCN019105/01 - CCN019106/01		
	Conjoint	Enfant (1)
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 1	+ 0,61 %	+ 0,27 %
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 2	+ 0,83 %	+ 0,41 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 1	+ 0,73 %	+ 0,32 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 2	+ 0,99 %	+ 0,49 %
Base + Salarié adhésion Obligatoire Option 1 + adhésion facultative Option 2	+ 0,87 %	+ 0,44 %

(1) gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

## GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'animation.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'animation.

Les garanties exprimées en forfait en euros, incluant celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'animation, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
<b>Frais d'hospitalisation</b>		
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>		
Conventionnée Frais de séjour	200 % BR	300 % BR
Conventionnée honoraires CAS	220 % BR	220 % BR
Conventionnée honoraires non CAS	200 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (hospitalisation)	Couverture aux frais réels : 18 € par jour	Couverture aux frais réels : 18 € par jour

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, 45 777 SARAN Cedex.

**GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU RÉGIME CONVENTIONNEL**

	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
<b>Frais d'hospitalisation</b>		
Forfait hospitalier (psychiatrie)	Couverture aux frais réels : 13,50 € par jour	Couverture aux frais réels : 13,50 € par jour
Forfait acte lourd	Couverture aux frais réels : 18 € par jour	Couverture aux frais réels : 18 € par jour
Chambre particulière conventionnée (par jour)	2 % du PMSS	3 % du PMSS
Personne accompagnante (conventionnée)	1,5 % du PMSS	2 % du PMSS
<b>Frais médicaux</b>		
Consultations - visites généralistes CAS et non CAS	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites spécialistes CAS	220 % BR	220 % BR
Consultations - visites spécialistes non CAS	200 % BR	200 % BR
Pharmacie SMR important	100 % BR	100 % BR
Pharmacie SMR modéré et homéopathie	100 % BR	100 % BR
Pharmacie SMR faible	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	125% BR	150% BR
Radiologie CAS et non CAS	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	10% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
<b>Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025</b>		
Soins dentaires <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	150% BR	175% BR
<b>Orthodontie</b>		
Acceptée par la Sécurité sociale	250% BR	300% BR
Refusée par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte
<b>Prothèses dentaires <sup>(2)</sup></b>		
Remboursées : dents du sourire <sup>(3)</sup>	350% BR	450% BR
Remboursées : dents de fond de bouche <sup>(4)</sup>	250% BR	350% BR
Inlays-cores	150% BR	175% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte
Implantologie (implant et pilier dentaire)	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire

## GARANTIES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU RÉGIME CONVENTIONNEL

	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
<b>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, auquel cas le délai est porté à 12 mois également.</b>		
Verres et Montures	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 1	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 2
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	3% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR	5% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR
Lentilles prescrites : refusées, jetables		
Chirurgie réfractive	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
<b>Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)</b>		
Acceptée par la Sécurité sociale	5% du PMSS	7% du PMSS
<b>Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)</b>		
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
<b>Ostéodensitométrie osseuse</b>		
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR + 13 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 38 € par an et par bénéficiaire
Non remboursée par la Sécurité sociale	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
<b>Actes de Prévention</b>		
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR
Patch anti-tabac	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire
Les remboursements définis dans la grille de garanties ci-dessus devront respecter les exigences définies aux articles R,871-1 et R,871-2 du code de la Sécurité sociale relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales		

(1) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie

(2) Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles / Réparation sur prothèses

(3) dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44

(4) dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48

## GRILLES OPTIQUES

Base conventionnelle + Option 1	Enfants < 18 ans					Rbt total	Adultes					Rbt total
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)		2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110,00 €	349,45 €		
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	90,00 €	315,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	130,00 €	391,65 €		
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	150,00 €	435,85 €		

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, 45 777 SARAN Cedex.

## GRILLES OPTIQUES

Base conventionnelle + Option 1	Enfants < 18 ans				Rbt total	Adultes				Rbt total
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00 €	281,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	120,00 €	371,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	346,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	140,00 €	414,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	160,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	180,00 €	498,04 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	200,00 €	535,49 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	220,00 €	579,69 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	230,00 €	599,15 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	180,00 €	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250,00 €	656,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €	103,29 €	2223342	2,84 €	1,70 €	125,00 €	126,70 €

Base conventionnelle + Option 2	Enfants < 18 ans				Rbt total	Adultes				Rbt total
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	80,00 €	292,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	120,00 €	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	100,00 €	350,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	140,00 €	436,65 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00 €	480,85 €

Base conventionnelle + Option 2		Enfants < 18 ans			Rbt total	Adultes				Rbt total
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00 €	416,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	130,00 €	411,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	170,00 €	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	210,00 €	580,49 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	160,00 €	490,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	230,00 €	624,69 €
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00 €	644,15 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	260,00 €	701,15 €
<b>Monture</b>	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	118,29 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	151,70 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

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 Debaq, 45 777 SARAN Cedex.