

# DÉCLARATION D’AFFILIATION



Affiliation  Modification d’affiliation

## Régime Frais de Santé | Convention Collective Nationale de l’Animation

### ENTREPRISE

Raison sociale de l’entreprise

N° Siret

Lieu de travail

Affiliation du salarié au contrat d’assurance collective du régime frais de santé CCN019100

Date d’embauche du salarié

Date d’affiliation du salarié au contrat

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 d’affiliation.

Fait le

*Signature et cachet de l’employeur*

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

### POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **N’oubliez pas de remplir** :
  - le tableau des bénéficiaires à garantir;
  - le mandat de prélèvement SEPA et la périodicité de paiement de votre cotisation (uniquement en cas d’adhésion à titre facultatif).
- 3- **Joignez les pièces suivantes** :
  - la photocopie de l’attestation jointe à votre carte Vitale, celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé ;
  - votre relevé d’identité bancaire ;
  - la photocopie du livret de famille ;
  - l’attestation de PACS ;
  - 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, copie du dernier bulletin de salaire.
- 4- **Faites remplir et signer** la partie « Entreprise ».
- 5- **Datez et signez** votre déclaration renvoyez le tout à :  
**Humanis**  
348 rue du Puech Villa - BP 7209  
34183 Montpellier cedex 4

### SALARIÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

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  @

(en complétant ces coordonnées, vous recevrez vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail)



## COUVERTURE FACULTATIVE

- Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille**  
CCN019101 / CCN019101/03 (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après)

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation. A défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de survenance de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la présente déclaration d'affiliation.

### Cotisations au titre de la couverture facultative (en % du PMSS)

Régime de Sécurité sociale	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint	+ 1,08 %	+ 0,48 %
Par Enfant *	+ 0,70 %	+ 0,34 %

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié.

**Elles sont à sa charge exclusive et prélevées sur son compte bancaire.**

Choix de la périodicité de prélèvement des cotisations :  mois  trimestre  semestre  année

## BÉNÉFICIAIRE(S) À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes si adhésion facultative)

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(3)</sup>
Conjoint (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	salié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) enfant à charge au sens du régime - (3) 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 Participant 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, 45 777 SARAN Cedex.