

Régime Frais de Santé | Contrat "surcomplémentaire" Convention Collective Nationale de l'Animation

ADHÉRENT

Raison sociale de l'entreprise

Lieu de travail

Catégorie d'emploi (cocher la case correspondante) :

- Cadre article 4 relevant de la CCN du 14 mars 1947
 Cadre article 4 bis relevant de la CCN du 14 mars 1947
 Agent de maîtrise article 36 relevant de la CCN du 14 mars 1947
 Agent de maîtrise article 36 ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947
 Ouvrier Employé Technicien VRP Autre

VOTRE IDENTITÉ

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

Date d'effet de l'adhésion souhaitée (ou date de modification)

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)

VOS GARANTIES

Je retiens l'option suivante, pour moi-même et mes ayants droit le cas échéant, dans les conditions décrites à la notice d'information :

- Option 1
 Option 2

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- **Ecrivez** 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- **Datez et signez votre bulletin.**

5- **Transmettez le tout à :**

Humanis
348 rue du Puech Villa - BP 7209
34183 Montpellier cedex 4



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		Extension facultative aux membres de la famille du participant n° CCN019103/01 - CCN019104/01 - CCN019105/01 - CCN019106/01		
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 1	+ 0,53 %		Conjoint	Enfant (1)
Salarié adhésion obligatoire Base + Option 2	+ 0,72 %	Salarié adhésion obligatoire Base + Option 1	+ 0,61 %	+ 0,27 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 1	+ 0,64 %	Salarié adhésion obligatoire Base + Option 2	+ 0,83 %	+ 0,41 %
Salarié adhésion facultative Base + Option 2	+ 0,86 %	Salarié adhésion facultative Base + Option 1	+ 0,73 %	+ 0,32 %
		Salarié adhésion facultative Base + Option 2	+ 0,99 %	+ 0,49 %

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Cotisations complémentaires à celles du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel de l'Animation et de l'option 1 à adhésion obligatoire

Contrat standard « surcomplémentaire » n° CCN019104/00 - CCN019106/00		Extension facultative aux membres de la famille du participant n° CCN019104/01 - CCN019106/01	
Base + Salarié adhésion obligatoire Option 1 + adhésion facultative Option 2	+ 0,23 %	Conjoint	Enfant (1)
		Base + Salarié adhésion obligatoire Option 1 + adhésion facultative Option 2	+ 0,26 % + 0,17 %

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

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 semestrielle annuelle

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽³⁾
Conjoint (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M 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 ^{ème} 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 ^{ème} 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 ^{ème} 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"/>			

(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 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, 45 777 SARAN Cedex.