

Frais de Santé | CCN des Commissaires - Priseurs Judiciaires et Opérateurs de Ventes Volontaires - Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire collectif

ENTREPRISE

Raison sociale

Lieu de travail

N° Siret

Date d’affiliation Date d’embauche

• Garanties souscrites par l’entreprise :

- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » n° CCN016100/00 (à remplir par l’Adhérent)
- Contrat surcomplémentaire collectif n° CCN016102/00

• Statut du salarié (1) :

- 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, 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

(1) Cochez la catégorie correspondante.

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 d’affiliation.

A le Signature et cachet de l’Adhérent

SALARIÉ

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(1) @

(1) En complétant 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

Contrat : CCN016100/00
CCN016102/00

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **Remplissez au verso** de ce document, le **tableau des bénéficiaires** de votre contrat Santé, la **périodicité de paiement** de votre cotisation et le **mandat de prélèvement** joint (ne pas tenir compte de ces deux derniers points, si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).
- 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 ;

et selon votre situation :

- **conjoint marié** : la photocopie du livret de famille,
- **conjoint pacsé** : la photocopie de l’attestation de PACS,
- **concubin** : l’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** : la photocopie de la carte d’étudiant, du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, l’attestation d’inscription au Pôle Emploi ou la carte d’invalidité,...

4- **Faites remplir et signer la partie « Entreprise ».**

5- **Datez et signez votre bulletin renvoyez le tout à :**

Humanis
348 rue Puech Villa
BP 7209
Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4



GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » n° CCN016100/00 souscrit par votre employeur.
- Si votre employeur a souscrit au contrat surcomplémentaire collectif :

À titre collectif : vous êtes automatiquement affilié à l'option retenue par votre entreprise.

À titre facultatif : souhaitez-vous-y adhérer ? :

Oui (1) : option 1 ou option 2

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue sur votre compte.

Non

Si vous souscrivez le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié. À défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

(1) Cochez l'option choisie.

COUVERTURE FACULTATIVE

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture frais de santé de mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale CCN016101 et, le cas échéant, CCN016102/01.

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

- à la même date d'affiliation que le Participant, lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation,
 - 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.
- L'appel des cotisations concernant l'extension facultative des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale s'effectue sur votre compte : **Oui** **Non**

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
	↓	↓	↓	↓
Conjoint (1)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

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

COTISATIONS au titre de la couverture facultative à la charge exclusive du salarié.

- au titre du contrat socle collectif obligatoire CCN016101,
- si vous l'avez souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif CCN016102/01.

Extension facultative du conjoint non à charge Sécurité sociale Cotisations en % du PMSS				
Régime Sécurité sociale	Régime de base CCN016100		Régime surcomplémentaire CCN016102/01	
	Régime général	Régime local	Option 1	Option 2
Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale	1,28 %	0,77 %	+0,39 %	+0,95 %

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à sa charge exclusive et prélevées sur son compte bancaire.

Périodicité de prélèvement choisie : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle



BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale (2)
	↓	↓	↓	↓
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"/> 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"/> 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"/> 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"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
5 ^{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"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	

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

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées en 1^{ère} page du présent bulletin. La notice d'information me sera remise par mon employeur. Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

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 disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.