

## Humanis Santé Sport | Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire collectif facultatif

### > ADHÉRENT

Raison sociale

Lieu de travail

N° Siret

Date d’affiliation

Date d’embauche

• Statut du salarié :  Personnel Cadre  Personnel Non cadre

• Garanties souscrites par l’entreprise :

Contrat socle collectif obligatoire :  Sport 1  
 Sport 2  
 Sport 3  
 Sport 4

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif Humanis Santé Sport :

- Contrat socle obligatoire Sport 1 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 2, Sport 3 et Sport 4.
- Contrat socle obligatoire Sport 2 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 3 et Sport 4.
- Contrat socle obligatoire Sport 3 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 4.

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, est présent aux effectifs de l’Adhérent à la date de signature de la présente déclaration.

À  le  *Signature et cachet de l’Adhérent*

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ADHÉRENT

### POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **Remplissez** au verso de ce document, le **tableau des bénéficiaires** de votre contrat Santé. Si vous souscrivez à des contrats facultatifs complétez la périodicité de paiement de votre cotisation et joignez le mandat de prélèvement.
- 3- **Joignez les pièces suivantes** :
  - la photocopie 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

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- **Datéz et signez** votre bulletin
- 5- **Transmettez** le tout à votre centre de gestion **Humanis**

### > PARTICIPANT

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 <sup>(1)</sup>  @

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



## > GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » souscrit par votre employeur tel que défini ci-dessus.
- Souhaitez-vous faire bénéficier vos ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » :

oui  non

L'affiliation des ayants droit prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément. À défaut, l'affiliation des ayants droit 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<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

- Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, vous avez la possibilité d'y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ?

oui  non

### • Option choisie :

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 1 :  Sport 2  Sport 3  Sport 4

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 2 :  Sport 3  Sport 4

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 3 :  Sport 4

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue selon les modalités retenues par votre entreprise.

Si vous bénéficiez du contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Humanis Santé Sport », 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.

- Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

## > COTISATIONS

### EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AUX AYANTS DROIT

#### • Contrat socle obligatoire - Sport 1

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)</small>	Régime général	Régime Alsace Moselle
<b>Affiliation facultative des ayants droit</b>		
<b>Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié</b>		
Conjoint	+ 1,12 %	+ 0,56 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,62 %	+ 0,31 %

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

#### • Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 2, Sport 3 et Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 1

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)</small>	Sport 2 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,38 %	+ 0,65 %
<b>Affiliation des ayants droit</b>			
<b>Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié</b>			
Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,43 %	+ 0,73 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,13 %	+ 0,32 %	+ 0,44 %

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

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

**OU**

**• Contrat socle obligatoire - Sport 2**

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)	Régime général	Régime Alsace Moselle
<b>Affiliation facultative des ayants droit</b>		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,29 %	+ 0,73 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,72 %	+ 0,41 %

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

**• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 3 et Sport 4**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 2

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,46 %
<b>Affiliation des ayants droit</b>		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,51 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,17 %	+ 0,30 %

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

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

**OU**

**• Contrat socle obligatoire - Sport 3**

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)	Régime général	Régime Alsace Moselle
<b>Affiliation facultative des ayants droit</b>		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,46 %	+ 0,90 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,88 %	+ 0,57 %

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

**• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 4**

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 3

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,25 %
<b>Affiliation des ayants droit</b>	

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,28 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,10 %

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

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

> COTISATIONS

**OU**

**• Contrat socle obligatoire - Sport 4**

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 euros en 2016)</small>	Régime général	Régime Alsace Moselle
<b>Affiliation facultative des ayants droit</b>		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,70 %	+ 1,14 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,97 %	+ 0,66 %

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

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(2)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<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"/>		<input type="text"/>
1 <sup>er</sup> enfant	<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"/>		<input type="text"/>
2 <sup>ème</sup> enfant	<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"/>		<input type="text"/>
3 <sup>ème</sup> enfant	<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"/>		<input type="text"/>
4 <sup>ème</sup> enfant	<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"/>		<input type="text"/>
5 <sup>ème</sup> enfant	<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"/>		<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 au recto. Les garanties figurent dans la notice d'information qui 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).

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 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](mailto:contact-cnil@humanis.com). Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.