

Affiliation Modification d’affiliation

Régime Frais de Santé | CCN des Missions locales et PAIO | Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire collectif

ENTREPRISE

Raison sociale de l’entreprise

N° Siret

Lieu de travail

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
CS Branche Pro
TSA 91503
59049 Lille cedex

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

Email @

(en complétant votre adresse Email vous acceptez de recevoir vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail)



CHOIX DES GARANTIES

> Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN025100 souscrit par votre employeur. Vous devez déclarer vos ayants droits qui sont automatiquement affiliés.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié. En cas de modification de votre situation familiale (notamment naissance, décès, séparation...) l'adhésion ou la résiliation de l'adhésion du ou des ayants droits concernés prend effet à la date de l'évènement sous réserve de leur déclaration auprès de l'Institution.

• Si votre employeur a souscrit au contrat surcomplémentaire collectif

- A adhésion obligatoire > vous et vos ayants droit, à l'exclusion du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, êtes automatiquement affilié au contrat,
- A adhésion facultative > vous avez la possibilité d'y adhérer :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue sur votre compte : OUI NON

Si vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative, les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au « Contrat socle collectif obligatoire » du régime frais de santé de la Convention collective nationale des Missions Locales et PAIO.

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative du salarié (CCN025104/00) :

Les cotisations ci-dessous sont à la charge exclusive du salarié. Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016)

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Participant seul	+ 0,55 %	+ 0,55 %
Famille	+ 1,01 %	+ 1,01 %

COUVERTURE FACULTATIVE

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé de mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale au contrat socle collectif obligatoire (CCN025101).

Si votre employeur a souscrit au contrat surcomplémentaire collectif :

A adhésion obligatoire (CCN025103/01) > Souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint non à charge ?

OUI NON

A adhésion facultative (CCN025104/01) > Si vous l'avez souscrit, souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint non à charge ?

OUI NON

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.

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situation ⁽³⁾
Conjoint ⁽¹⁾						

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

Cotisations au titre de la couverture facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :

A la charge exclusive du salarié, l'appel des cotisations s'effectuent sur votre compte.

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

Les cotisations du contrat surcomplémentaire collectif sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016)

Régime de Sécurité sociale		Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Contrat socle collectif obligatoire		1,70 %	1,02 %
Contrat surcomplémentaire collectif	A adhésion obligatoire du salarié	+ 0,51 %	+ 0,51 %
	A adhésion facultative du salarié	+ 0,61 %	+ 0,61 %

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

mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle



BÉNÉFICIAIRE(S) À COUVRIR (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 en première page.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

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

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 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.