

## Frais de Santé | CCN des industries de la Sérigraphie et des procédés d’impression numériques connexes - Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire collectif facultatif

### > ADHÉRENT

Raison sociale   
Lieu de travail   
N° Siret   
Date d’affiliation   
Date d’embauche

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.

#### Garanties souscrites par l’entreprise (1) :

- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » :  
 Structure Adulte/Enfant (CCN027100/00)  Structure Isolé/Duo/Famille (CCN027100/01)  
 Contrat surcomplémentaire collectif facultatif :  
 Structure Adulte/Enfant (CCN027101/00)  Structure Isolé/Duo/Famille (CCN027101/01)

#### Statut du salarié (2) :

- Personnel Cadre  Personnel Non cadre

(1) Cochez en fonction de votre souhait.

(2) Cochez la catégorie retenue.

À  le  *Signature et cachet de l’Adhérent*

### > 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 (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 : CCN027100/00 - CCN027100/01  
CCN027101/00 - CCN027101/01

#### 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, 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, 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- Dater et signez votre bulletin

#### 5- Transmettez le tout à :

**Humanis**  
348 rue Puech Villa BP 7209  
34183 Montpellier cedex 4



## > GARANTIES

### Vos garanties conventionnelles :

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » n° CCN027100/00 - CCN027100/01 souscrit par votre employeur.
- Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » :  
 oui  non

### Vos garanties surcomplémentaires :

Indépendamment de l'accord conventionnel de la Sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes, Humanis Prévoyance propose un contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

- Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collective facultative (CCN027101/00 ou CCN027101/01), vous avez la possibilité d'y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ?  
 oui  non

Garanties choisies <sup>(1)</sup> :  Option 1  Option 2

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

Si vous bénéficiez du contrat standard surcomplémentaire collective facultatif « Convention collective Nationale des industries de la Sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes », les bénéficiaires au titre de ce contrat sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

(1) Cochez le niveau de garanties choisi.

## > COTISATIONS

### Contrat socle collectif obligatoire

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016)		
Structure de cotisations	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Adulte	1,25 %	0,69 %
Enfant <sup>(1)</sup>	0,72 %	0,40 %
<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant.		
Isolé	1,25 %	0,69 %
Duo	2,34 %	1,28 %
Famille	3,55 %	1,95 %

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.

### Contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 euros en 2016)		
Structure de cotisations	Option 1	Option 2
Adulte	+ 0,28 %	+ 0,80 %
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,22 %	+ 0,60 %
<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant.		
Isolé	+ 0,28 %	+ 0,80 %
Duo	+ 0,55 %	+ 1,51 %
Famille	+ 0,92 %	+ 2,50 %

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.

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

mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle



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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale (2)
Conjoint (1)	<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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		

(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 première page. 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).

*Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"*

À  le

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.