

BULLETIN D'AFFILIATION ET D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

Adhésion Modification d'adhésion

Frais de santé | CCN des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils | Contrats surcomplémentaires au régime conventionnel | Options standards

> ADHÉRENT

Nom

N° Siren

Lieu de travail

Garanties souscrites :

- Contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel (salarié + enfant(s) à charge)
CCN023105/00 :

Surcomplémentaire 3
OU Surcomplémentaire 4
OU Surcomplémentaire 5

- Contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel (salarié + enfant(s) à charge)
CCN023106/00 :

Surcomplémentaire 3
OU Surcomplémentaire 4
OU Surcomplémentaire 5

Date d'embauche

Date d'affiliation

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.

À le *Signature et cachet de l'Adhérent*

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

N° de contrats :
CCN023105/00 - CCN0231106/00
CCN023105/01 - CCN0231106/01

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. 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 bénéficiaire, assuré social en propre.
 - votre relevé d'identité bancaire.

Et selon votre situation :

- **conjoint pacsé** : la photocopie de l'attestation de PACS,
 - **s'agissant des enfants** : pour les enfants **de plus de 18 ans**, un certificat de scolarité.
- 4- **Datez et signez** votre bulletin
 - 5- **Transmettez le tout impérativement à votre employeur.**

> PARTICIPANT

M. Mme Nom Prénom

Nom de jeune fille

N° de Sécurité sociale

Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

N° téléphone portable N° téléphone

Je souhaite recevoir des informations (ex : remboursements significatifs) par SMS : OUI NON

E-mail @

Verspieren utilise l'adresse e-mail pour l'envoi d'informations relatives aux remboursements et au contrat d'assurance, et s'engage à ne communiquer vos coordonnées à aucun organisme extérieur.

Situation de famille : Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire Vie maritale PACS

Télétransmission avec votre caisse primaire d'assurance maladie (si aucune case n'est cochée, la connexion sera établie).

J'accepte la connexion Je n'accepte pas la connexion (je n'ai donc pas de carte de tiers payant)

> GARANTIES

- Si votre employeur a souscrit au « contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel » n° CCN023105/00, vous et vos enfants à charge en bénéficiez.

Les enfants à charge sont ceux couverts au titre du contrat collectif du régime conventionnel.

- Si votre employeur a souscrit au « contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel » n° CCN023106/00, vous avez la possibilité d'y adhérer pour votre compte et celui de vos enfants à charge :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

- Niveau de garanties surcomplémentaire facultatif choisi par le Participant si souscrite par l'Adhérent.

- > **surcomplémentaire 3**
- > **surcomplémentaire 4**
- > **surcomplémentaire 5**

Les enfants à charge sont ceux couverts au titre du contrat collectif du régime conventionnel.

> EXTENSION CONJOINT (CCN023115/01 - CCN023116/01)

Si votre employeur a souscrit :

- **au contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel n° CCN023105/00**

Souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint, partenaire de PACS, concubin ? : OUI NON

- **au contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel n° CCN023106/00**

Si vous l'avez souscrit, souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint, partenaire de PACS, concubin ? : OUI NON

Le conjoint, partenaire de PACS, concubin est la personne couverte à ce titre par la surcomplémentaire option 2 du régime conventionnel sous le contrat « extension conjoint ».

Votre conjoint/concubin conservera-t-il sa propre complémentaire santé (en plus de celles gérées par Verspieren) à la date de votre adhésion au contrat santé ? : OUI NON

> **Si oui, il ne peut bénéficier des remboursements par envoi automatique à Verspieren, ni du tiers payant. Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte original de sa première mutuelle accompagné des éventuelles factures.**

> **Si non, il bénéficiera de la télétransmission et du tiers payant.**

> COTISATIONS

Les cotisations correspondantes ci-dessous sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire, mensuellement le 10 de chaque mois. Elles sont complémentaires à celles versées au titre des contrats d'adhésion collectifs du régime conventionnel.

Cotisations en euros	Régime Surcomplémentaire 3		Régime Surcomplémentaire 4		Régime Surcomplémentaire 5	
	Régime Général	Régime Alsace - Moselle	Régime Général	Régime Alsace - Moselle	Régime Général	Régime Alsace - Moselle
Salarié + enfant(s) à charge (CCN023105/00 - CCN023106/00)						
Surcomplémentaire facultative (en complément du socle de base obligatoire et de la surcomplémentaire option 2 facultative du régime conventionnel)	10,00 €		20,00 €		30,00 €	
Surcomplémentaire facultative (en complément de la surcomplémentaire option 1 obligatoire et de la surcomplémentaire option 2 facultative du régime conventionnel)	12,00 €		22,00 €		32,00 €	
Surcomplémentaire facultative ou obligatoire (en complément de la surcomplémentaire option 2 obligatoire du régime conventionnel)	14,00 €		24,00 €		34,00 €	
Extension facultative au conjoint, partenaire de PACS ou concubin du Participant (CCN023105/00 - CCN023105/01)						
Régime facultatif	7,00 €		15,00 €		22,00 €	

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou désengagement de la Sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel de santé.

> ENGAGEMENT

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.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis ou des personnes habilitées par lui.

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 »

En cas de souscription au contrat surcomplémentaire collectif facultatif au régime conventionnel, vous pouvez renoncer au contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de votre affiliation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, et envoyée à l'adresse de votre centre de gestion mentionnée à la page suivante.

Elle peut être rédigée suivant le modèle figurant sur votre notice d'information.

> CONSEILS PRATIQUES

Dès l'enregistrement de votre adhésion, vos codes d'accès au site Visalta salarié vous sont envoyés par e-mail ou par courrier (découvrez-y les nombreux services en lignes proposés).

Pour bénéficier des services et remboursements, j'informe Verspieren de tout changement d'adresse par courrier ou directement sur l'extranet Visalta (rubrique : Mon profil). J'envoie à Verspieren la copie de l'attestation Vitale en cas de changement de caisse d'assurance maladie. Cette attestation est téléchargeable sur le site ameli.fr

Vous pourrez connaître la situation de la télétransmission en vous connectant à notre extranet Visalta (visalta.verspieren.com) ou sur le site de la Sécurité sociale (assure.ameli.fr).

Je bénéficie des garanties par le biais de mon employeur. En cas de rupture du contrat de travail (hors dispositions particulières), je ne serai plus couvert et ne pourrai plus utiliser ma carte de tiers payant Verspieren. Je devrai la retourner à mon employeur ou à Verspieren. Il me sera demandé de rembourser les sommes éventuellement perçues à tort.

Coordonnées Verspieren

Courrier :

Verspieren
Service Adhésion
Assurance de personnes
1, avenue François Mitterrand
BP 30200
59446 Wasquehal cedex

Téléphone : 03 20 45 33 33

E-mail : adp@verspieren.com

Site web de vos frais de santé : visalta.verspieren.com

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.