

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 - CCN023106/00
CCN023105/01 - CCN023106/01

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.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis par e-mail par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, les données à caractère personnel sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite "Bloctel" d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions de l'article L.121-34 du Code de la consommation.

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

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.

Humanis Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris cedex. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09. Verspieren S.A. à directoire et conseil de surveillance au capital de 1 000 000 € - Siren 321 502 049 - RCS Lille Metropole N° Orias 07 001 542 - www.orias.fr