

Régime Frais de santé

Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d’immeubles

Contrat de base conventionnel obligatoire (page 1 et 2) - Contrat surcomplémentaire individuel (page 3)



CONTRAT DE BASE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

> ADHÉRENT

Nom

N° Siren

Lieu de travail

Date d'embauche

Date d'affiliation du salarié au contrat

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. L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

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 @

(en complétant ces coordonnées, vous recevrez vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d'échéance par mail)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° Contrats CCN011100/CCN011101/
CCN011300/CCN011301

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- N'oubliez pas de remplir :
 - le tableau des bénéficiaires à garantir,
 - l'autorisation de prélèvement automatique et la périodicité de paiement de votre cotisation [inutile si seule votre affiliation au régime conventionnel 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,
 - votre formulaire de prélèvement SEPA joint.

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 déclaration.
- 5- Transmettez le tout à votre centre de gestion.

> COUVERTURE FACULTATIVE

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture frais de santé à ma famille CCN011101 (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après).

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation. À défaut, l'adhésion des membres de la famille 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^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

• Cotisations au titre de la couverture facultative CCN010101 (à la charge exclusive du salarié).

Taux contractuel

	Régime général	Régime local Alsace-Lorraine
Cotisations supplémentaires en % du PMSS		
Conjoint	+ 1,87 %	+ 1,34 %
Par enfant *	+ 0,86 %	+ 0,62 %

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à sa charge exclusive et prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Taux d'appel à effet du 1^{er} janvier 2019

	Régime général	Régime local Alsace-Lorraine
Cotisations supplémentaires en % du PMSS		
Conjoint	+ 1,59 %	+ 1,14 %
Par enfant *	+ 0,73 %	+ 0,53 %

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à sa charge exclusive et prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Le taux d'appel est mis en place à effet du 01/01/2019 jusqu'au 31/12/2020.

> BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR

	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 (4)	<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 (4)	<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 - (4) gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Je joins à cette déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées au recto.

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.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

À le Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE INDIVIDUEL

> ADHÉSION

Choix de l'option : Option 1 Option 2

Cotisations :

Garanties **Option 1** : les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat de base conventionnel obligatoire :

- Adulte : 0,17 % du PMSS*/mois
- Enfant * : 0,11 % du PMSS*/mois

Garanties **Option 2** : les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat de base conventionnel obligatoire :

- Adulte : 0,25 % du PMSS*/mois
- Enfant * : 0,17 % du PMSS*/mois

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Mode de paiement : J'opte pour le prélèvement mensuel

Couverture facultative

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture du contrat surcomplémentaire aux membres de ma famille moyennant le paiement des cotisations correspondantes CCN011300/CCN011301.

Ces bénéficiaires doivent être strictement identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat de base conventionnel obligatoire.

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par Humanis Prévoyance du présent bulletin d'adhésion. À réception du présent bulletin d'adhésion, Humanis Prévoyance, émettra un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet du contrat. L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le souscripteur peut renoncer à son contrat « surcomplémentaire CCN des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles » pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour où le contrat a pris effet. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse mentionnée sur la lettre accompagnant le certificat d'adhésion.

Elle peut être faite selon le modèle de lettre suivant : « Je, soussigné(e) domicilié(e) déclare renoncer à mon contrat « surcomplémentaire CCN des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles » du et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.

Fait le, à, Signature »

Je certifie sincères et véritables les informations figurant sur ce bulletin d'adhésion et je reconnais avoir préalablement reçu et pris connaissance des Conditions Générales référencées CG/HP/SURCOM CCN GARDIENS D'IMMEUBLES/01.2017.

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, vos coordonnées personnelles 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.

Fait en 1 exemplaire original [] , le []

**Signature du salarié
précédée de la mention « Lu et approuvé »**

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. • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe Humanis à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant-Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe Humanis à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. • 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 des articles L.223-1 à L223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

NOS COORDONNÉES

Humanis - TSA 57372 - 34186 Montpellier cedex 4 - Tél. : 09 69 36 87 73
(Prix d'un appel local)