

## Frais de santé | CCN des transports routiers et des activités auxiliaires du transport - Transport sanitaire - Régime base et optionnel

### > ENTREPRISE

Raison sociale   
 N° Siret   
 Date d'embauche   
 Date d'affiliation du salarié au contrat

#### Statut du salarié

- Ensemble du personnel  
 Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

#### Régime appliqué

- Régime de base contrat standard obligatoire (appel de cotisation uniquement auprès de l'entreprise)  
 Régime optionnel choisi (le choix concernant l'option ainsi que la modalité d'appel de cotisation s'effectue par l'entreprise et s'applique à l'ensemble de la catégorie assurée) :  
 Option 1     Option 2  
 avec appel de cotisation collectif auprès de l'entreprise  
 avec appel de cotisation individuel auprès du salarié

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature de la présente demande.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

À  le  *Signature et cachet de l'entreprise*

### > SALARIÉ

Nom   
 Nom de naissance   
 Prénom   
 N° de Sécurité sociale  Noémie  oui  non  
 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

#### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
  - 2- Remplissez au verso de ce document, le choix des garanties et le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
  - 3- Joignez les pièces suivantes :
    - la copie de l'attestation d'ouverture de droits délivrée par la CPAM, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé.
    - votre relevé d'identité bancaire.
- Si vous êtes concerné :*
- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation,
  - la copie de votre livret de famille,
  - l'attestation de PACS,
  - votre certificat de concubinage,
  - le mandat de prélèvement SEPA.
- 4- Dater et signez votre déclaration.
  - 5- Transmettez le tout à l'adresse figurant à la fin de ce document.

## > VOS GARANTIES

Vous avez la possibilité d'adhérer au régime optionnel selon la formule choisie par votre employeur (option 1 ou option 2) : souhaitez-vous y adhérer ?  Oui  Non

Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (votre conjoint ou assimilé et vos enfants à charge) ? :

- du régime obligatoire de base  Oui  Non
- du régime obligatoire de base et du régime optionnel (si votre entreprise l'a souscrit)  Oui  Non

Si le prélèvement des cotisations du régime optionnel s'effectue sur votre compte, joindre un mandat de prélèvement SEPA.

## > BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(3)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<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 <sup>(2)</sup>	<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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 <sup>ème</sup> enfant <sup>(2)</sup>	<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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 <sup>ème</sup> enfant <sup>(2)</sup>	<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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 <sup>ème</sup> enfant <sup>(2)</sup>	<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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
5 <sup>ème</sup> enfant <sup>(2)</sup>	<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 <sup>er</sup> 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 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 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.

À  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 Prudential 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 Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoff-mederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. 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](mailto:protection-donneespersonnelles@humanis.com) ou à Groupe Malakoff Médéric 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 Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. 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](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 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.