

## Contrat FGTE CFDT Transport et Environnement | Santé

### > COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

- Retraité (joindre la photocopie de la notification d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale)
- Préretraité  
 Chômeur } joindre la photocopie de la notification de prise en charge du Pôle emploi
- Salarié ou salarié en congé sans solde ou congé parental (joindre l'attestation de l'employeur comportant les dates de début et de fin de congé)
- Ancien salarié en incapacité de travail ou en invalidité dont le contrat est rompu (joindre le justificatif SS)

- Conjoint salarié     Ayant droit survivant

de M ou Mme Nom - Prénom

Son N° Sécurité sociale

Raison sociale de l'ancien employeur\*

\*Si vous êtes conjoint salarié ou conjoint survivant, indiquez l'employeur ou l'ancien employeur de votre conjoint.

Catégorie professionnelle antérieure :     Cadre             Non cadre

### > VOTRE IDENTITÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Sexe  F    M    Civilité  M.    Mme    Mlle

Situation  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

Date d'effet de l'adhésion

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE BULLETIN

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez le mandat de prélèvement SEPA joint et au dos, la périodicité choisie ainsi que le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 3- **Joignez les pièces suivantes**
  - le justificatif propre à votre situation,
  - 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.

#### 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,
- l'attestation de PACS,
- une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun.

- 4- Dater, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :  
Radiance Groupe Humanis  
Pôle Entreprise  
55 Allée Albert Sylvestre  
73026 Chambéry Cedex

Il est rappelé que ce contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire Santé est réservé aux adhérents de la FGTE-CFDT. Par conséquent, l'affiliation au contrat cesse dès la date de fin d'adhésion à la FGTE-CFDT.



## > VOS COTISATIONS

Date de périodicité de prélèvement choisie  mois  trimestre  semestre  année

## > BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(2)</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	<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 individuel d'adhésion les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

À  le

Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Syndicat d'affiliation

Adresse du syndicat

Numéro d'adhérent

Date d'adhésion

Signature et tampon du Syndicat

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.