

BET SANTÉ -

PACK SANTÉ BIEN-ÊTRE + PACK ACTIVITÉ PHYSIQUE

A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2024

Grâce à votre contrat santé, vous pouvez bénéficier de 2 nouveaux packs pour vous permettre de prendre soin de vous :

■ **Pack Santé & Bien-être** : forfait de 120 €/an pour rembourser des séances de médecines douces.

Le financement des médecines douces concerne la sophrologie et l'hypnose qui doivent être respectivement exercées par des praticiens certifiés au moment des soins :

- Pour la sophrologie par un psychologue, une sage-femme formée, un sophrologue non professionnel de santé auprès de l'Académie internationale de sophrologie cayocéenne – <https://sofroca.com>
- Pour l'hypnose par un professionnel de santé détenteur d'un diplôme universitaire, via l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) <https://www.hypnose-medicale.com/> ou de l'Institut français d'hypnose (IFH) <https://www.hypnose.fr/>

■ **Pack Activité physique** : forfait de 200 €/an pour l'assuré, ses enfants à charge et forfait de 100 €/an pour le conjoint, pour rembourser un abonnement sportif (salle de sport, associations...)

Pack Santé & Bien-être**Conditions d'attribution ⁽¹⁾ :**

- L'assuré(e) doit cotiser par l'intermédiaire de son entreprise au contrat conventionnel de la Branche, à Malakoff Humanis Prévoyance avec une ancienneté d'au moins 1 mois.
- Cette aide est ouverte à tous les ayants-droits du contrat.
- Le Revenu Brut Global (RBG) ⁽²⁾ sur l'avis d'imposition doit être ≤ à 35 000 € par part fiscale.
Exemple : 3 parts fiscales et RBG de 48 000 €
= 48 000 € / 3 = 16 000 € donc RBG ≤ 35 000 €

Pièces justificatives à fournir :

- L'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Une facture acquittée.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

Comment en bénéficier ? :

C'est simple, remplissez la demande d'intervention sociale jointe à cette annexe et renvoyez-la accompagnée des pièces justificatives demandées à l'adresse indiquée au verso.

Pack Activité physique**Conditions d'attribution ⁽¹⁾ :**

- L'assuré(e) doit cotiser par l'intermédiaire de son entreprise au contrat conventionnel de la Branche, à Malakoff Humanis Prévoyance avec une ancienneté d'au moins 1 mois.
- Cette aide est ouverte à tous les ayants-droits du contrat
- Le Revenu Brut Global (RBG) ⁽²⁾ sur l'avis d'imposition doit être ≤ à 35 000 € par part fiscale.
Exemple : 3 parts fiscales et RBG de 48 000 €
= 48 000 € / 3 = 16 000 € donc RBG ≤ 35 000 €

Pièces justificatives à fournir :

- L'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Un justificatif de l'inscription à l'activité mentionnant le montant.
- Un justificatif des aides d'autres organismes (CSE du salarié adhérent ou de son conjoint...).
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

Comment en bénéficier ? :

C'est simple, remplissez la demande d'intervention sociale jointe à cette annexe et renvoyez-la nous accompagnée des pièces justificatives demandées.

(1) Les conditions d'attribution sont revues tous les ans par le Comité Paritaire de Surveillance Santé de la branche et susceptibles d'évoluer chaque année.

(2) Revenu Brut Global (RBG) figurant sur l'avis d'imposition divisé par le nombre de parts fiscales du foyer. Dans le cas où il y aurait plusieurs déclarations fiscales (concubin, partenaire de pacs, enfant adulte ou non vivant au foyer et établissant sa propre déclaration de revenus), il conviendra de se référer à l'ensemble des avis d'imposition pour calculer le Revenu Brut Global divisé par le nombre de parts fiscales cumulées.

Demande d'intervention sociale

BET SANTÉ - PACK SANTÉ ET BIEN-ÊTRE ET/OU PACK ACTIVITÉ PHYSIQUE



CCN BET santé
à partir du 1^{er} janvier 2024

Identité de la personne affiliée

Nom*

Prénom*

N° de Sécurité sociale*

Nom de jeune fille*

Date de naissance*

Adresse*

.....

.....

Code postal*

Ville*

Téléphone fixe

Téléphone portable

(remplir au moins un numéro de téléphone)

Email @.....

Célibataire

Marié(e) Vie maritale ou lié par un PACS

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

depuis le

en activité depuis le

Entreprise

.....

Adresse

.....

en maladie

au chômage

en invalidité

en préretraite

depuis le

en retraite depuis le

autre situation (préciser)

.....

reconnu par la CDAPH taux

Institution de prévoyance

.....

Institution de retraite complémentaire

.....

Identité du conjoint ou du compagnon (à compléter)

Nom

Prénom

N° de Sécurité sociale

Nom de jeune fille

Date de naissance

en activité depuis le

Entreprise

.....

Adresse

.....

Téléphone

en maladie

au chômage

en invalidité

en préretraite

depuis le

reconnu par la CDAPH taux

Institution de prévoyance

.....

Institution de retraite complémentaire

.....

RÉSERVÉ À L'INSTITUTION

Motif de l'aide : Aide pack santé et bien-être et/ou Pack activité physique



Enfant(s) et autre(s) personne(s)

Nom et Prénom	Date de naissance	À charge	Profession ou situation
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
.....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Pièces justificatives à fournir

Cochez l'aide que vous souhaitez demander et retournez-nous ce document dûment complété et accompagné d'une photocopie des pièces justificatives cochées ci-dessous :

Je demande le Pack Santé Bien-être.

Documents à fournir :

- L'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Une facture acquittée.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

Je demande le Pack Activité physique.

Documents à fournir :

- L'avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer.
- Le dernier bulletin de salaire ou l'attestation Pôle emploi.
- Un justificatif de l'inscription à l'activité mentionnant le montant.
- Un justificatif des aides d'autres organismes (CSE du salarié adhérent ou de son conjoint...).
- Un relevé d'identité bancaire (RIB).

Les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier. Il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

Une seule demande sera recevable par foyer auprès de notre organisme de prévoyance.

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle.

En signant ce formulaire, vous acceptez expressément que vos données personnelles de santé soient collectées et traitées par le service médical Malakoff Humanis dans le cadre du traitement de votre dossier.

Fait à le

Signature obligatoire* :

* : Informations à renseigner obligatoirement.

À retourner avec l'ensemble des documents demandés à :



Malakoff Humanis - Accompagnement social assurance Pôle individuel - 62006 Arras cedex



retourdossier.assurance@malakoffhumanis.com

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné « Malakoff Humanis », en tant que responsables du traitement nécessaire à la poursuite de leurs intérêts légitimes au titre de leurs missions respectives, afin de répondre rapidement et efficacement à votre demande d'intervention sociale. Le traitement auquel vos données de santé donnent lieu est fondé sur votre consentement exprimé par la signature du formulaire. Les informations recueillies sont conservées conformément à la durée nécessaire à la finalité du traitement, ainsi que pour assurer le respect des obligations légales ou réglementaires auxquelles les responsables de traitement peuvent être tenus, sous réserve du respect des délais de conservation applicables (notamment par l'effet des prescriptions légales). En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, de retirer votre consentement à tout moment et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Le défaut de fourniture des informations demandées peut avoir pour conséquences le non traitement de votre demande. Ces droits peuvent être exercés : par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric - 21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com