

TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

N° Contrat : **CR12010027P**

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

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

BULLETIN D'ADHESION

Prévoyance

Code distributeur : _____

Taux : _____

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIRET : _____
IDCC : _____
Nature de l'activité : _____ Date d'adhésion : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾
déclare adhérer au contrat collectif référencé ci-dessus :

- Pour les garanties « prévoyance »** : au profit de l'ensemble du personnel non affiliés à l'AGIRC relevant du champ d'application de la Convention collective du 18 juillet 1977 relative à la protection sociale complémentaire pour les salariés non affiliés à l'AGIRC des exploitations forestières de BASSE NORMANDIE et les propriétaires sylviculteurs de l'ORNE, auprès d'Humanis Prévoyance en vue d'appliquer les dispositions du régime Prévoyance instauré par la Convention collective précitée (annexe 1)

⁽¹⁾ L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'Adhérent, la présente demande doit être signée par un représentant légal ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion l'employeur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association

TOURNEZ SVP ▶

> ENGAGEMENTS

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les cotisations figurent en annexe du présent bulletin d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les conditions générales référencées « CG-Accord BASSE NORMANDIE- Prev- 01.2019 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI-Accord BASSE NORMANDIE- Prev – 01.2019 ».

L'Adhérent a-t-il à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail
(⁽¹⁾) (cochez la case en fonction de votre situation) :

NON : Si cette situation venait à être modifiée avant la date d'effet de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à en informer immédiatement notre organisme

OUI : Dans ce cas, vous devez obligatoirement remplir le document intitulé « Déclaration de reprise de passif »

(⁽¹⁾) Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité.

La rémunération perçue par le personnel HUMANIS Prévoyance, au titre de la distribution du contrat, a la nature d'un salaire.

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

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.

**CONVENTION COLLECTIVE DU 18 JUILLET 1977 RELATIF A LA PROTECTION
SOCIALE COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR LES SALARIES NON
AFFILIES A L'AGIRC DES EXPLOITATIONS FORESTIERES DE BASSE-
NORMANDIE ET LES PROPRIETAIRES SYLVICULTEURS DE L'ORNE**

ANNEXE I – COTISATIONS

**BULLETIN D'ADHESION
PREVOYANCE**

GARANTIES	Part employeur	Part salarié	TOTAL TATB
DECES – PTIA - AO⁽¹⁾ (1) Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – Allocation obsèques	0.30%	-	0.30%
MAINTIEN DE SALAIRE	0.49%	-	0.49%
RELAIS MAINTIEN DE SALAIRE	-	0.27%	0.27%
INVALIDITE (vie privée)	-	0.19%	0.19%
INVALIDITE PERMANENTE (suite ATMP)	0.04%	-	0.04%
TOTAL	0.83%	0.46%	1.29%