

CS BRANCHE PRO
TSA 71501
59049 Lille Cedex
Tél. 09.77.40.06.40

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES MAREYEURS-EXPEDITEURS

CONTRAT D'ADHESION

REGIME CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

Régime conventionnel n° CCN014000/10 – CCN014000/20

N° Entreprise : _____
Code distributeur : _____
Taux : _____
Date d'effet de l'adhésion : _____
Votre interlocuteur commercial : _____

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° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Accord du Boulonnais : OUI / NON
Activité Salage-Saurissage : OUI / NON
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire, au profit de l'ensemble de ses salariés, auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP ⁽²⁾, en vue d'appliquer les dispositions du régime conventionnel de prévoyance obligatoire instauré par la Convention Collective Nationale des Mareyeurs-Expéditeurs, et ses avenants.

- (1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. **Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.**
- (2) L'OCIRP (Union d'Institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan, 75008 PARIS) est l'organisme assureur de la garantie rente éducation. Il en délègue la gestion à Humanis Prévoyance.

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 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 du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

> ENGAGEMENT

Sous réserve de l'acceptation par l'Institution et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance, le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance, et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis prévoyance.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales du régime conventionnel référencées « CG/HP/PREV-CCN MAREYEURS 01.16 », ainsi que de la notice d'information « NI/HP/PREV-CCN MAREYEURS 01.16 ». Les garanties et les cotisations figurent en annexes des Conditions Générales). Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

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

L'entreprise a-t-elle à la date de signature du présent contrat d'adhésion, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail (*) ou des bénéficiaires de rente éducation et/ou rente de conjoint en cours de service (*cochez la case concernée*) :

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

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

** Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité*

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)