

CONTRAT D'ADHESION



HUMANIS CCN HCR PRÉVOYANCE
CADRES

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____
N° de contrat : STA20150060002P
Code distributeur : _____
Taux : _____
Date d'effet de l'adhésion : 01/___/_____

CONTRAT STANDARD

DECES – ARRET DE TRAVAIL
(DIRECT)

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___ Fax : ___/___/___/___/___ Adresse email : _____
Date de création : ___/___/_____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare **adhérer à titre obligatoire** au contrat ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance au profit (cochez la catégorie retenue) :

- son personnel Cadre : salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947
 son personnel Cadre : salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947
 l'ensemble du personnel

Et déclare retenir ⁽²⁾ :

- l'assiette des cotisations et la base des prestations :
 limitées à la Tranche A limitées aux Tranches A et B

⁽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⁾ Cochez en fonction de votre souhait. Le choix retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel affilié. Le changement de choix est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

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.

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par HUMANIS PREVOYANCE 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) dûment complété. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après acceptation de l'INSTITUTION. Les garanties figurent en annexe des Conditions Générales. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le Contrat d'Adhésion et les Conditions Générales référencées CG/HP/Humanis CCN HCR Prévoyance Cadres/PREV 09.17 – MAJ 06.18) et de la notice d'information référencée NI/HP/Humanis CCN HCR Prévoyance Cadres/PREV 09.17 – MAJ 06.18.

L'entreprise a-t-elle à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail⁽³⁾ et/ou des bénéficiaires de rente éducation 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 »

⁽³⁾ Incapacité Temporaire de Travail (y compris en temps partiel pour raison thérapeutique) ou Invalidité

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur

Votre interlocuteur commercial :

CONTRAT STANDARD – STA20150060002P

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES

Descriptif des garanties	Prestations en % de la base des prestations limitée à la Tranche A ou aux Tranches A et B (hors garantie handicap)
GARANTIES EN CAS DE DECES	
DECES « TOUTES CAUSES » OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) d'un PARTICIPANT justifiant une ancienneté d'un mois continu ⁽¹⁾ chez l'ADHERENT Versement d'un capital égal à : <ul style="list-style-type: none"> • Quelle que soit la situation de famille : 	375 %
MAJORATION DECES « PAR ACCIDENT » versée en cas de décès accidentel d'un PARTICIPANT justifiant d'une ancienneté d'un mois continu ⁽²⁾ chez l'ADHERENT	Versement d'un capital supplémentaire égal à 100 % du capital Décès toutes causes
DOUBLE EFFET CONJOINT <ul style="list-style-type: none"> • En cas de décès du conjoint ou concubin ou Pacsé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la Sécurité Sociale, postérieur ou simultané au décès du PARTICIPANT : 	Versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital égal à 100 % du capital Décès « toutes causes »
RENTE EDUCATION En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du PARTICIPANT justifiant d'un mois continu ⁽³⁾ chez l'ADHERENT, il est versé une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge, d'un montant égal à : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'au 8^{ème} anniversaire : 12 % • du 8^{ème} anniversaire au 18^{ème} anniversaire et jusqu'au 26^{ème} anniversaire si poursuite d'études : 18 % • orphelin de père et mère Doublement du montant de la rente 	
RENTE DE CONJOINT SUBSTITUTIVE En cas de décès du PARTICIPANT, justifiant d'un mois continu ⁽³⁾ chez l'ADHERENT et en l'absence d'enfant à charge permettant le versement d'une rente éducation, versement au conjoint d'une rente temporaire égale à : La rente cesse au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel soit le conjoint a atteint l'âge de la liquidation de sa pension retraite à taux plein, soit la durée de 5 ans de versement de la rente est atteinte.	5 %
GARANTIE HANDICAP En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du PARTICIPANT, il est versé à chaque enfant reconnu comme handicapé ⁽⁴⁾ à la date du sinistre selon le choix exprimé par l'enfant : Soit une rente mensuelle viagère égale à : Soit un capital égal à : En cas de reconnaissance de l'état de handicap du PARTICIPANT ⁽⁵⁾ suite à une maladie ou un accident, il est versé à ce dernier une allocation forfaitaire « aide financière au handicap » d'un montant de :	500 euros par mois au 1^{er} janvier 2018 80% du capital constitutif de la rente 1200 euros
GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
Franchise	30 jours continus
Indemnités journalières	80 % sous déduction des prestations brutes Sécurité Sociale ⁽⁶⁾⁽⁷⁾
GARANTIES EN CAS D'INVALIDITE	

<ul style="list-style-type: none"> Rente d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 66 % 	80 % sous déduction des prestations brutes Sécurité Sociale ⁽⁷⁾
<ul style="list-style-type: none"> Rente d'invalidité 1ère catégorie Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % et 66 % 	45 % sous déduction des prestations brutes Sécurité Sociale ⁽⁷⁾

- (1) l'ancienneté d'un mois est supprimée en cas de décès consécutif à une maladie professionnelle
- (2) l'ancienneté d'un mois est supprimée en cas de décès consécutif à un accident de travail ou à un accident de trajet
- (3) l'ancienneté d'un mois est supprimée en cas de décès consécutif à un accident de travail ou de trajet ou à une maladie professionnelle
- (4) Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime, naturel ou adoptif, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies 1° du Code général des impôts.
- (5) L'état de handicap du PARTICIPANT s'entend comme la première reconnaissance de ce dernier comme travailleur handicapé au sens de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Le PARTICIPANT doit en outre satisfaire aux conditions suivantes :
- appartenir à l'effectif de l'entreprise en tant que salarié au moment de la demande ;
 - effectuer une première demande d'aide financière auprès de la MDPH après le 1^{er} janvier 2018 ;
 - ne pas avoir déjà perçu l'allocation « aide financière au handicap ».
- (6) pour les PARTICIPANTS n'ayant pas effectué le nombre d'heures nécessaires pour bénéficier des prestations de la Sécurité sociale : sous déduction de l'indemnité journalière reconstituée
- (7) dans la limite de la règle de cumul visée dans la notice d'information

CONTRAT STANDARD – STA20150060002P

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS	TRANCHE A	TRANCHE B
DECES	0.97 %	0.97 %
INCAPACITE	0.25 %	0.66 %
INVALIDITE	0.28 %	0.72 %
TOTAL	1.50 %	2.35 %