

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES DE COMMISSION, DE COURTAGE ET DE COMMERCE INTRA-COMMUNAUTAIRE ET D'IMPORTATION-EXPORTATION

Régime conventionnel n° **GNP154000**

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : 01/ /

Votre interlocuteur commercial : _____

CONTRAT D'ADHESION

REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ E-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
N° IDCC : _____ Code NAF : _____ N° SIRET : _____
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 son personnel cadre et non-cadre, auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP ⁽²⁾, en vue d'appliquer les dispositions du régime de prévoyance complémentaire obligatoire instauré par la Convention Collective Nationale des entreprises de commission, de courtage et de commerce intra-communautaire et d'importation-exportation.

- (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 Education et Rente Temporaire de Conjoint. Il en délègue la gestion à Humanis Prévoyance.*

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires pour la gestion de votre contrat. Elles sont destinées à l'OCIRP, aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe Humanis en charge d'activités confiées par le Groupe. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vos salariés disposent 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. Leur demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Ils disposent également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes au traitement de ces données et à leur utilisation à des fins de prospection commerciale. Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de leurs données conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

> 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 IMPORT-EXPORT 01.17 – maj 11/2017 », ainsi que de la Notice d'Information « NI/HP/PREV CCN IMPORT-EXPORT 01.17 – maj 11-2017 »). Les garanties et les cotisations figurent en annexes des Conditions Générales.

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 Education et Rente Temporaire 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)