

CONTRAT D'ADHESION



Humanis Santé HCR

41931 BLOIS CEDEX 9

Tél : 09 77 40 05 50

Fax : 02 54 57 44 24

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : STA20160050005S-A

Code distributeur : _____

Taux de distribution : _____

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

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

DIRECT

**Garanties Frais de santé complémentaires
à celles du contrat socle collectif
obligatoire**

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 : _____

➤ ADHESION

En complément de la souscription au contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » assuré par Humanis Prévoyance, l'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare adhérer au contrat surcomplémentaire collectif facultatif** ⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance **au profit de** ⁽³⁾:

- l'ensemble du personnel
- son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Et déclare retenir comme **niveau de garanties** ⁽⁴⁾ :

- niveau 1
- niveau 2
- niveau 3

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant le contrat.

⁽¹⁾ L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, le présent contrat d'adhésion doit être signé par un représentant légal de celle-ci 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. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

⁽²⁾ Le contrat surcomplémentaire collectif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de la souscription du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

⁽³⁾ Cochez la catégorie retenue.

⁽⁴⁾ Cochez en fonction de votre souhait. Les choix retenus par l'entreprise s'appliquent à l'ensemble du personnel affilié et son définitifs pour l'année en cours. 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. Le choix est opéré en accord avec l'Institution selon la formule de garanties choisie au titre du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR ».

TOURNEZ SVP ➤

➤ ENGAGEMENT

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) 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.

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

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture santé et prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement à la signature du présent contrat d'adhésion, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit référencé « DIP/HP/HUMANIS SANTE HCR-surcomplémentaire responsable/102018 ».

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu le contrat d'adhésion et son annexe (où figurent les cotisations), les Conditions Générales référencées « CG/HP Humanis Santé HCR/FS 08.17 » (où figurent en annexe les garanties) et la notice d'information référencée « NI/ Humanis Santé HCR surcomplémentaire /FS 07.16 ».

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

L'interlocuteur commercial de votre entreprise : _____

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.

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N°410 005 110 – Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet 75014 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09

Humanis Santé HCR

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF :

STA20160050005S-A

Taux de cotisations au 1^{er} janvier 2019 :

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 1 ET/OU NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU DE BASE :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau de base

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	Salarié	+ 14,21 Euros	+ 26,06 Euros	+ 37,90 Euros
	Conjoint	+ 16,35 Euros	+ 29,97 Euros	+ 43,59 Euros
	Enfant*	+ 11,37 Euros	+ 16,34 Euros	+ 23,29 Euros

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 1 :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 2	Niveau 3
	Salarié	+ 11,85 Euros	+ 23,69 Euros
	Conjoint	+ 13,63 Euros	+ 27,24 Euros
	Enfant*	+ 4,96 Euros	+ 11,92 Euros

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 2 :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 2

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 3
	Salarié	+ 11,85 Euros
Conjoint	+ 13,62 Euros	
Enfant*	+ 6,95 Euros	

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant