

Contrat d'assurance collective du régime frais de santé :
« **Contrat socle collectif obligatoire** » : n° **CCN017100/CCN0117101**

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

CONTRAT D'ADHESION

REGIME FRAIS DE SANTE

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° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare adhérer au
contrat d'assurance collective du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de l'ensemble du personnel, à Humanis
Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime frais de santé instauré par l'Accord de Prévoyance du 3 juillet 2015 de
la Convention Collective National l'Hôtellerie de Plein Air.

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.

En application des dispositions du code monétaire et financier, l'Organisme Assureur met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de la fin de la relation. Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

> ENGAGEMENT

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

Les cotisations figurent en annexe au présent contrat d'adhésion. L'employeur déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN HPA -santé-2016 » où figurent les garanties) ainsi que la notice d'information «NI-CCN HPA -santé-2016».

Le contrat d'assurance collective du régime prévoit la possibilité d'étendre la couverture des garanties aux ayants droit (cf Conditions Générales mentionnées ci-dessus).

Modalités d'appel des cotisations dues au titre des ayants droit (cochez en fonction de votre souhait) :

- Appel des cotisations auprès de l'entreprise
- Appel des cotisations individuel (auprès du salarié)

L'Employeur

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Le Directeur

Signature (et cachet)

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

ANNEXE I – COTISATIONS

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE » CCN017100/CCN017101

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Participant seul	0,86 %	0,35 %
Conjoint	+ 0,99 %	+ 0,40 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,65 %	+ 0,27 %

⁽¹⁾ *gratuité à compter du 3^{ème} enfant*