

CONTRAT D'ADHESION



Humanis Prévoyance
TSA 77374
34186 Montpellier CEDEX 4
09 69 32 21 34

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____
N° de contrats : _____
- à adhésion collective obligatoire :
 ○ Option 1 : CCN017301/00 – CCN017301/01
 ○ Option 2 : CCN017302/00 – CCN017302/01
 ○ Option 3 et 4 : CCN017304/00 – CCN017304/01
- à adhésion collective facultative :
 ○ Option 1 et 2 : CCN017303
 ○ Option 3 et 4 : CCN017305/00 – CCN017305/01
Code distributeur : _____
Taux de distribution : _____
Date d'effet de l'adhésion : 01/____/____

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF DIRECT

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

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 de la Convention Collective Nationale de l'Hôtellerie de Plein Air 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** ⁽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)

Déclare retenir la formule surcomplémentaire et le type d'adhésion suivants ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ :

- Option 1 avec adhésion obligatoire adhésion facultative
- Option 2 avec adhésion obligatoire adhésion facultative
- Option 3 ou Option 4 avec adhésion obligatoire adhésion facultative

Déclare retenir comme modalités d'appel des cotisations ⁽⁴⁾ :

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire :

- Appel des cotisations collectif auprès de l'entreprise
- Extension aux membres de la famille :
- Appel des cotisations collectif auprès de l'entreprise
- Appel des cotisations individuel auprès du PARTICIPANT

Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

- Appel des cotisations collectif auprès de l'entreprise
- Appel des cotisations individuel auprès du PARTICIPANT

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 de la Convention Collective Nationale de l'Hôtellerie de Plein Air 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. Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le PARTICIPANT pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois pour une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du PARTICIPANT aura un caractère définitif.

⁽⁵⁾ Un niveau d'option surcomplémentaire obligatoire ne peut être souscrit à la suite d'un niveau d'option surcomplémentaire facultatif.

⁽⁶⁾ L'option surcomplémentaire 3 et 4 ne peut être souscrite seule. Elle vient obligatoirement en complément du contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de la surcomplémentaire optionnelle 1 ou 2 à adhésion obligatoire. La cessation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la cessation de l'option 3 ou 4 à la même date d'effet.

➤ **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 l'envoi 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 reçu le contrat d'adhésion et son annexe (où figurent les cotisations), les Conditions Générales (où figurent en annexe les garanties) référencées «CG-CCN HPA -santé-2016 » ainsi que les notices d'information référencées « NI-CCN HPA-santé- surcomplémentaire obligatoire MAJ Janvier 2016 » et « NI-CCN HPA -santé- surcomplémentaire facultatif MAJ Janvier 2016 ».

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 l'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 Fontenay - 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

TOURNEZ SVP ➤

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

GARANTIES FRAIS DE SANTE ANNEXE : COTISATIONS 1/2

**CONTRATS STANDARDS : CCN017301/00 - CCN017301/01 - CCN017302/00 - CCN017302/01
- CCN017303 – CCN017304/00 – CCN017304/01 – CCN017305/00 – CCN017305/01**

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.

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

ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE

I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i>		
	Option 1 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Option 2 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire
Participant seul	+ 0,13 %	+ 0,27 %
Extension Facultative aux membres de la Famille		
Conjoint	+ 0,15 %	+ 0,31 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,12 %	+ 0,25 %
<i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i>		

II - Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i>						
	Option 3			Option 4		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 2 obligatoire
Participant seul	+ 0,62 %	+ 0,48 %	+ 0,33 %	+ 1,00 %	+ 0,87 %	+ 0,72 %
Extension Facultative aux membres de la Famille						
Conjoint	+ 0,71 %	+ 0,55 %	+ 0,39 %	+ 1,15 %	+ 0,99 %	+ 0,82 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,42%	+ 0,29 %	+ 0,16 %	+ 0,66 %	+ 0,53 %	+ 0,40 %
<i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i>						

ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE

I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i>			
	Option 1 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Option 2	
		Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire
Participant seul	+ 0,16 %	+ 0,32 %	+ 0,19 %
Extension Facultative aux membres de la famille			
Conjoint	+ 0,18 %	+ 0,37 %	+ 0,22 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,14 %	+ 0,30 %	+ 0,18 %
<i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i>			

II - Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i>						
	Option 3			Option 4		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- -aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- -aire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- -aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- -aire 2 obligatoire
Participant seul	+ 0,72 %	+ 0,58 %	+ 0,44 %	+ 1,16 %	+ 1,02 %	+ 0,88 %
Extension Facultative aux membres de la famille						
Conjoint	+ 0,82 %	+ 0,67 %	+ 0,50 %	+ 1,33 %	+ 1,17 %	+ 1,00 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0,47%	+ 0,34 %	+ 0,21 %	+ 0,76 %	+ 0,64 %	+ 0,50 %
<i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i>						