

TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

Contrat socle collectif facultatif n° **CRI2017001S/02** et Contrat
surcomplémentaire collectif n° **CRI2017001S/04**

Code distributeur : _____

Taux : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

**CONTRAT SOCLE COLLECTIF
FACULTATIF ET CONTRAT
SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
DIRECT
FRAIS DE SANTE**

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance (si différente) : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Date de création : _____ Forme juridique : _____

Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____

Nature de l'activité : _____

Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ **déclare, adhérer** au
contrat⁽³⁾ référencé CRI2017001S/02, assuré par Humanis Prévoyance, au profit des ayants droits des salariés affiliés eux-mêmes
au contrat socle collectif obligatoire.

> ENGAGEMENTS

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, la date d'effet retenue par Humanis Prévoyance sera le 1er jour du mois civil suivant l'envoi du présent
bulletin (cachet de la poste faisant foi) complété et signé par l'entreprise.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les conditions
générales référencées « CG/HP/HSAFAC/FS-07.2017 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée
« NI/HP/HSAFAC/FS-07.2017 », la notice d'information Assistance référencée F17S0494, les conditions générales d'utilisation de la
téléconsultation médicale référencées CGU Téléconsultation 01.2017 et la notice d'information complémentaire Itelis 01.2018.
Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

Un double du bulletin d'adhésion vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion
ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

> ADHESION

L'entreprise⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ **déclare adhérer** au
contrat⁽³⁾ référencé CRI2017001S/04 assuré par Humanis Prévoyance comme suit : (cochez en fonction de vos souhaits) :

Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié <i>Appel des cotisations auprès de l'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié <i>Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)</i>
Garanties Retenues	<input type="checkbox"/> Niveau 1 ou <input type="checkbox"/> Niveau 2	<input type="checkbox"/> Niveau 1 et/ou <input type="checkbox"/> Niveau 2

> 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, la date d'effet retenue par Humanis Prévoyance sera le 1er jour du mois civil suivant l'envoi du présent bulletin (cachet de la poste faisant foi) complété et signé par l'entreprise.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les conditions générales référencées « CG/HP/HSASurcomp/FS-07.2017 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI/HP/HSASurcomp/FS-07.2017 ». Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

Un double du bulletin d'adhésion vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

(1) Exploitation et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions de l'article L.722-1 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des centres équestres entraîneurs de chevaux de courses, champs de course et des parcs zoologiques, des entreprises du paysage, de l'Office national des forêts et des établissements de conchyliculture

(2) 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.

(3) **Le contrat socle collectif facultatif et le contrat surcomplémentaire collectif ne peuvent être souscrits seuls. Ils viennent obligatoirement en complément du contrat socle collectif obligatoire assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la résiliation du contrat socle collectif facultatif et/ou du contrat surcomplémentaire collectif à la même date d'effet.**

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.

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 SUR UNE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE ET LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

ANNEXE – COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF CRI2017001S/02

Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2017001S/00)

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale		
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Conjoint ou concubin	1,10 %	0,66 %
Par enfant à charge⁽¹⁾	0,60 %	0,36 %
Conjoint + enfant(s)	2,84 %	1,70 %
Par ascendant	1,10 %	0,66 %

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

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF CRI2017001S/04

Salariés affiliés au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2017001S/00) et ayants droit affiliés au contrat socle collectif facultatif (n°CRI2017001S/02)

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE ET CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF DU REGIME FRAIS DE SANTE

Option 1		
COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale		
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Salarié	+0,45%	+0,45%
Conjoint ou concubin	+0,45%	+0,45%
Par enfant à charge	+0,26%	+0,26%
Conjoint + enfant(s) ⁽¹⁾	+ 1,10%	+1,10%
Par ascendant	+ 0,45%	+0,45%

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

Option 2		
COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale		
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Salarié	+0,88%	+0,88%
Conjoint ou concubin	+0,98%	+0,98%
Par enfant à charge	+0,51%	+0,51%
Conjoint + enfant(s) ⁽¹⁾	+ 2,15%	+2,15%
Par ascendant	+ 0,98%	+0,98%

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

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.