

TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

Contrat d'assurance collective du régime frais de santé :
« **Contrat socle collectif obligatoire** » : n° **CRI2017001S/00**
N° Entreprise : _____
Code distributeur : _____
Taux : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

**BULLETIN D'ADHÉSION
DIRECT**

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° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____ Date d'adhésion : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise⁽¹⁾, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾
déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de
l'ensemble du personnel non affiliés à l'AGIRC relevant du champ d'application de l'Accord du 10 juin 2008 sur une
protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, auprès d'Humanis
Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime Frais de santé instauré par l'Accord précité.

- (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.*

> 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 1^{er} 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/HSA/FS-07.2017 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI/HSA/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 réglementaires incombant aux entreprises d'assurance

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

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 D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE » 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
Participant seul	0,98 %	0,59 %