

HUMANIS
CS BRANCHE PRO
TSA 71501
59049 LILLE CEDEX
Tel : 09.77.40.06.40

Contrat n° : CCN903001/00P-IX, CCN903002/10P-IX,
CCN903002/20P-IX, CCN903202/20P-IX
N° Entreprise : _____
Code distributeur : _____
Taux : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : 01/ /
Votre interlocuteur commercial : _____

BULLETIN D'ADHESION REGIME DE PREVOYANCE CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE

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 : _____ N° IDCC : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif cadre concerné à la date de l'adhésion : _____
Effectif non cadre concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire,
auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP ⁽²⁾, en vue d'appliquer les dispositions du présent contrat surcomplémentaire au profit
de ⁽³⁾

- l'ensemble de ses salariés cadres (salariés relevant de l'article 4, 4bis de l'annexe I de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947)
 l'ensemble de ses salariés non-cadres (salariés ne relevant pas des articles 4, 4bis de l'annexe I de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947) affiliés au contrat de prévoyance conventionnel obligatoire ou au contrat de prévoyance optionnel

Garanties Décès complémentaire ⁽⁴⁾ Décès 1 Décès 2 Décès 3

Option « Remboursement de charges sociales » ⁽⁵⁾ Option 1 Option 2 Option 3

(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 ou une attestation de référence URSSAF pour les professions libérales.**

(2) L'OCIRP (Union d'Institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan, 75008 PARIS) est l'organisme assureur des garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap. Il en délègue la gestion à Humanis Prévoyance.

(3) Cochez la case correspondante

(4) Cochez en fonction de votre souhait. Le choix retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1er janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

(5) Cochez en fonction de votre souhait. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1er janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

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.

> 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, le contrat prend effet à la date indiquée au présent bulletin d'adhésion par Humanis Prévoyance, et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du présent Bulletin d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis prévoyance.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le Bulletin d'adhésion et les Conditions Générales du régime de prévoyance - Personnel des cabinets médicaux, ainsi que de la notice d'information. Les garanties et les cotisations figurent en annexes des Conditions Générales.

L'entreprise a-t-elle à la date de signature du présent Bulletin d'adhésion, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail ^(*) ou des bénéficiaires de rente éducation, rente handicap et/ou rente de conjoint en cours de service (cochez la case concernée) :

NON : Si cette situation venait à être modifiée avant la date d'effet de l'adhésion, l'entreprise s'engage à en informer immédiatement notre organisme

OUI : Dans ce cas, vous devez obligatoirement remplir le document intitulé « Déclaration de reprise de passif »

* Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

GARANTIES DÉCÈS COMPLÉMENTAIRES ET COTISATIONS

Garanties

Garanties	Complément Décès		
	Décès 1	Décès 2	Décès 3
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant ou ascendant à charge	100%	150%	200%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	150%	200%	250%
Tout Participant avec une personne à charge	200%	270%	320%
Majoration par enfant ou ascendant à charge	50%	70%	70%
Double effet			
	Oui	Oui	Oui
+ Décès/IAD par accident (montant de la prestation supplémentaire en complément du capital décès/IAD « toutes causes »)			
Versement d'un capital égal à :			
Participant célibataire, veuf, divorcé sans enfant ou ascendant à charge	200%	250%	300%
Participant marié, « pacsé » ou vivant en concubinage, sans enfant ou ascendant à charge	300%	350%	400%
Tout Participant avec un enfant à charge	380%	450%	500%
Majoration par enfant ou ascendant à charge supplémentaire	80%	100%	100%

Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de l'assiette définie à l'article 13 des conditions générales. Elles viennent majorer les cotisations effectivement appelées au titre du régime de prévoyance conventionnel.

	Complément Décès		
	Décès 1	Décès 2	Décès 3
Taux avant sélection médicale			
	1,01%	1,35%	1,57%

GARANTIE REMBOURSEMENT DE CHARGES SOCIALES

Garanties

La prestation est exprimée en pourcentage de la prestation « incapacité temporaire de travail » effectivement versée au Participant par l'Institution.

Garanties	Option 1	Option 2	Option 3
	24%	40%	50%

Cotisations

La base des cotisations est celle prévue aux conditions générales. La cotisation est à la charge exclusive de l'entreprise adhérente.

Cotisations	Option 1	Option 2	Option 3
	0,31%	0,52%	0,65%