

CONTRAT D'ADHESION



CCN DES COMMERCES DE GROS

348, rue Puech Villa
BP 7209 – Parc Euromédecine
34183 Montpellier Cedex 4
Tel. : 09 77 40 06 40

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : CCN001201

Code distributeur : _____

Taux de distribution : _____

Date d'effet de l'adhésion : 01/ __/ __

CONTRAT STANDARD
DECES – ARRET DE TRAVAIL
DIRECT

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

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires⁽¹⁾ déclare **adhérer au contrat collectif obligatoire** ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance au profit de ses **salariés cadres relevant de l'article 4 de la CCN du 14 mars 1947**.

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1er 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.

TOURNEZ SVP ➤

➤ 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 à la signature du présent contrat d'adhésion, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit référencé « DIP/HP/CCN COMMERCES DE GROS/PREV CADRES/112018 ».

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/HP CCN COMMERCES DE GROS/PREV 11.18 », ainsi que la notice d'information référencée « NI/COMMERCE DE GROS / PREV C / 09.2015 ».

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes.

L'entreprise a-t-elle à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail ⁽²⁾ et/ou des bénéficiaires de rente éducation ⁽³⁾ ?

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 »

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

L'interlocuteur commercial de l'entreprise : _____

⁽²⁾ Incapacité Temporaire de Travail (y compris en temps partiel pour raison thérapeutique) ou Invalidité

⁽³⁾ Cochez la case concernée.

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.

CCN DES COMMERCES DE GROS

GARANTIES PREVOYANCE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT STANDARD : CCN001201

PRESTATIONS	Tranche A	Tranche B
DECES – IAD	0,910 %	0,910 %
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	0,340 %	0,910 %
INVALIDITE	1,250 %	0,780 %
TOTAL	1,500 %	2,600 %