

## BULLETIN D'ADHESION



# Humanis

Protéger c'est s'engager

Centre de gestion Humanis  
CCN Gardiens d'Immeubles  
Service adhésions  
28040 CHARTRES CEDEX  
Tél : 09 69 36 87 73

## CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES

### CADRE RESERVE A HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'effet de l'adhésion : \_\_\_\_\_  
Contrat d'assurance collective du Régime de Prévoyance  
n°CCN011000 : 01/.../.....

Garantie optionnelle n° CCN011001 : 01/.../.....

### CONTRAT D'ADHESION PREVOYANCE

L'employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_\_ Forme juridique : \_\_\_\_\_  
Code NAF : \_\_\_\_\_ N° SIREN : \_\_\_\_\_  
Nature de l'activité : \_\_\_\_\_  
Effectif concerné à la date de l'adhésion : \_\_\_\_\_

Syndicat de copropriété : \_\_\_\_\_  
Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
N° SIRET : \_\_\_\_\_

Le syndicat de copropriété gère-t-il les cotisations Frais de santé et prévoyance\* :  OUI  NON  
Le syndicat de copropriété a-t-il pouvoir pour la déclaration des arrêts de travail\* :  OUI  NON  
Le syndicat de copropriété a-t-il pouvoir pour la réception du paiement des Indemnités Journalières\* :  OUI  NON

\*Informations obligatoires

Inscription à la télédéclaration des cotisations :  OUI  NON  
Adresse mail d'inscription à la télédéclaration des cotisations (en majuscule)\* : \_\_\_\_\_

*\*de la personne ou du service déclarant les cotisations. Pour envoi chaque échéance d'un e-mail informant de la mise à disposition de l'appel de cotisation sur le site [www.plansante.com](http://www.plansante.com) en attendant le déploiement de la DSN.*

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à [contact-cnll@humanis.com](mailto:contact-cnll@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions légales susvisées.

## > ADHESION

L'Adhérent, ci-dessus nommé, représenté par \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de \_\_\_\_\_ muni de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup> déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime référencé ci-dessus, au profit de l'ensemble du personnel, auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP <sup>(2)</sup>, en vue d'appliquer les dispositions du régime de Prévoyance instauré par l'accord du 6 décembre 2013 de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles.

<sup>(3)</sup> L'employeur adhère par ailleurs, à la garantie optionnelle « Maintien de salaire » :  
Et retient la franchise continue suivante :

3 jours                       10 jours                       30 jours

<sup>(4)</sup> Adhère à l'option « remboursement des charges sociales patronales »

<sup>(1)</sup> L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'Adhérent, la présente demande doit être signée par un représentant légal ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion l'employeur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association

<sup>(2)</sup> OCIRP - Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan 75008 PARIS - organisme assureur des rentes éducation dont il délègue la gestion à Humanis Prévoyance.

<sup>(3)</sup> Cochez en fonction de vos souhaits. Les choix retenus par l'Adhérent s'appliquent à l'ensemble du personnel affilié.

<sup>(4)</sup> **L'option « remboursement des charges sociales patronales » ne peut être souscrite seule. Elle vient obligatoirement en complément de la garantie optionnelle « Maintien de salaire »**

## > ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les cotisations figurent en annexe au présent bulletin d'adhésion. L'Adhérent déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le bulletin d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN Gardiens d'Immeubles-PREV-juin 2015 » où figurent les garanties ainsi que de la notice d'information « NI-CCN Gardiens d'Immeubles-PREV-juin 2015 »).

<sup>(1)</sup> L'Adhérent a-t-il à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail <sup>(2)</sup> ou des bénéficiaires de rente éducation en cours de service ? :

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

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

<sup>(1)</sup> Cochez la case en fonction de votre situation

<sup>(2)</sup> Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité.

L'Employeur

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Le Directeur

Signature (et cachet)