

CONTRAT D'ADHESION



HUMANIS CCN HCR PRÉVOYANCE
CADRES

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : STA20150060002P

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° SIREN : _____

Nature de l'activité : _____

Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare **adhérer à titre obligatoire** au contrat ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance au profit (cochez la catégorie retenue) :

- son personnel Cadre : salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947
- son personnel Cadre : salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947
- l'ensemble du personnel

Et déclare retenir ⁽²⁾ :

- l'assiette des cotisations et la base des prestations :
 limitées à la Tranche A limitées aux Tranches A et B

⁽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.

⁽²⁾ Cochez en fonction de votre souhait. Les choix retenus par l'entreprise s'appliquent à l'ensemble du personnel affilié. Le changement de choix est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnil@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 à la loi précitée.

TOURNEZ SVP ►

BA HCR C HP Prev – HCR - PREV – 07.17 – STA20150060002P

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par HUMANIS PREVOYANCE et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception 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. Les garanties figurent en annexe des Conditions Générales. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le Contrat d'Adhésion et les Conditions Générales référencées CG/HP/Humanis CCN HCR Prévoyance Cadres/PREV 09.17) et de la notice d'information référencée NI/HP/Humanis CCN HCR Prévoyance Cadres/PREV 09.17.

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

⁽³⁾ Incapacité Temporaire de Travail (y compris en temps partiel pour raison thérapeutique) ou Invalidité

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(signature et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur

Votre interlocuteur commercial :