

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

Régime conventionnel : **CCN002100**

N° Entreprise : _____

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

CONTRAT D'ADHESION

CONTRAT SOCLE REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE

Ensemble du Personnel

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 : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires (1) déclare adhérer
au contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé conventionnel référencé ci-dessus, au profit de
l'ensemble du personnel, à Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime conventionnel frais de
santé conclus dans le cadre de la Convention collective nationale des Activités de Marchés Financiers.

Le contrat d'assurance collective du régime prévoit également la possibilité d'étendre la couverture des garanties aux
conjoint, concubins, partenaires liés par un PACS, non à charge (cf. Conditions Générales mentionnées ci-dessous)
sous réserve d'en faire la demande via la déclaration d'affiliation.

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.*

TOURNEZ SVP ▶

Les données personnelles que vous nous communiquez 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 aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles, 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 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 cinq 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 personnelles.

En application des dispositions du Code monétaire et financier, l'Institution met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de cinq ans à compter de la fin de la relation. Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : 3 Place de Fontenoy 75007 PARIS

> ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1er jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi). 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 signature par Humanis Prévoyance.

La rémunération perçue par le personnel Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat et de ses annexes (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN des Activités de Marchés Financiers-santé-2018 » qu'elle accepte, où figurent les cotisations et les garanties), ainsi que de la notice d'information « NI-CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494 PJ.

L'entreprise

Humanis Prévoyance

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)