

348 rue du Puech Villa
BP 7209
34183 MONTPELLIER CEDEX 4
Tél. : 09 77 40 06 40

Adhésion Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : CCN002302

Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF FRAIS DE SANTE « RENFORT + »

**CES GARANTIES COMPLETENT CELLES DU
REGIME CONVENTIONNEL ET CELLES DU
CONTRAT COLLECTIF SURCOMPLEMENTAIRE
OBLIGATOIRE**

Ensemble du Personnel

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif assuré 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 présent contrat⁽²⁾⁽³⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance au profit de l'ensemble du personnel **sous réserve d'en faire la demande via le Bulletin d'Adhésion Individuelle**.

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif prévoit également la possibilité d'étendre la couverture des garanties aux conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS, non à charge (Cf. Conditions Générales mentionnées ci-dessous)

- (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) **votre contrat ne respecte pas l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat responsable ».**
 L'ADHERENT reconnaît que son attention a été spécialement attirée par l'INSTITUTION sur les conséquences de la non-conformité du présent contrat au contrat responsable, dont notamment le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance
- (3) **Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Activités de Marchés Financiers et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire assurés par Humanis Prévoyance. La résiliation du ou des contrats d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.**

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-cnill@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 surcomplémentaire collectif facultatif est souscrit à effet du 1er jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat (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 « facultatif »- 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 surcomplémentaire facultatif - CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018».

L'employeur
Fait à _____ le _____
Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____
Le Directeur
Signature (et cachet)