



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

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS

CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ SURCOMPLEMENTAIRE AU REGIME CONVENTIONNEL « RENFORT »

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° de contrat : CCN002301

Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

**GARANTIES FRAIS DE SANTE
COMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME
CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE**

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⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance au profit de l'ensemble
du personnel qui adhèrent à titre obligatoire.

Le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire 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) **sous réserve d'en faire la demande via la déclaration d'affiliation** ⁽³⁾.

- (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) *Le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire 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 assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Activités de Marchés Financiers assuré par Humanis Prévoyance entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.*
- (3) *En tout état de cause, ce choix doit être strictement identique à celui opéré au titre du contrat d'adhésion au contrat d'assurance collective du régime conventionnel frais de santé des Activités de Marchés Financiers assuré par Humanis Prévoyance*

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 Fontenay 75007 PARIS

> ENGAGEMENT

Le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire 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 règlementaires 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 surcomplémentaire obligatoire-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)