

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS
ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS**

348 rue Puech Villa – B.P. 7209
34183 MONTPELLIER Cedex 04
Tél. 09 77 40 06 90
Fax. 04 67 61 53 95

N° Entreprise : _____
Code distributeur : _____
Taux : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : _____
N° contrat : **CCN508101**

**CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE
FACULTATIF**

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

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° IDCC : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif 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 profit de l'ensemble de ses salariés au contrat référencé ci-dessus auprès d'Humanis
Prévoyance ⁽²⁾.
Et déclare retenir comme **niveau de garanties** ⁽³⁾ :

MODULES OPTIONNELS	Hospitalisation			Médecine ambulatoire		Optique		Dentaire	
	<input type="checkbox"/> H1	<input type="checkbox"/> H2	<input type="checkbox"/> H3	<input type="checkbox"/> M1	<input type="checkbox"/> M2	<input type="checkbox"/> O1	<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2
Cotisation* régime général	6,53	7,10	9,63	4,23	8,88	7,10	9,69	6,70	12,55
Cotisation* régime local (Alsace Moselle)	4,86	5,02	7,25	2,98	6,41	5,15	9,43	5,90	11,25

* Les cotisations sont mensuelles et exprimées en euro.

(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 collectif facultatif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de la souscription du contrat collectif obligatoire assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat obligatoire entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

(3) Cochez en fonction de votre souhait. Le niveau de garanties retenu par l'établissement s'applique à l'ensemble du personnel affilié. Le changement de choix est possible à effet du 1er 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-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 à la loi précitée.

> ENGAGEMENT

Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (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'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN FSJT – Santé Options – Octobre 2017 » où figurent les garanties), la notice d'information « NI-CCN FSJT-santé Options- Octobre2017 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

Un double du bulletin d'adhésion vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance

L'entreprise
Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____

Le Directeur
Signature (et cachet)