

BULLETIN D'ADHESION



Convention Collective des Cabinets ou Entreprises de Géomètres- Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts- Fonciers

Votre Centre de Gestion :
HUMANIS PREVOYANCE
348 rue du Puech Villa
BP 7209
34183 MONTPELLIER CEDEX 4

Adhésion

Modification

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Etablissement : _____

Contrat socle collectif obligatoire : CCN506100

Code distributeur : _____

Taux : _____

Date d'effet de l'adhésion : 01/___/____

**CONTRAT SOCLE
COLLECTIF OBLIGATOIRE
GARANTIES FRAIS DE SANTE**

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° IDCC : _____ N° SIREN : _____

Nature de l'activité : _____

Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

➤ ADHESION

L'établissement représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare **adhérer au contrat socle collectif obligatoire** ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime santé prévu par l'Accord de Prévoyance de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres Topographes Photogrammètres et Experts-Fonciers du 13 octobre 2005 et ses avenants, **au profit de :**

- son personnel affilié à l'AGIRC,
- et
- de son personnel non affilié à l'AGIRC.

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'établissement, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'établissement 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.

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'envoi 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.

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

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du contrat (le bulletin d'adhésion où figure en annexe les cotisations, les Conditions Générales référencées «CG-CCN Géomètres Experts FS-2018» où figurent en annexe les garanties), de la notice d'information référencée «NI-CCN Géomètres Experts FS Socle-2018» et des notices complémentaires dénommées « CGU Téléconsultation 01.2017 », « Notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 » ainsi que la notice Assistance référencée F17 S 0494. Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

Fait à _____ le ____/____/____

L'ETABLISSEMENT
(signature et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

Votre interlocuteur commercial : _____

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N°410 005 110 – Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet 75014 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX

Convention Collective des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts-Fonciers

FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE :

CCN506100

Cotisations au 1^{er} janvier 2019

La cotisation « salarié/enfant à charge » est exprimée en pourcentage du salaire mensuel et est comprise entre un montant minimum de 35% du PMSS⁽¹⁾ et un montant maximum de 185% du PMSS. La cotisation « conjoint » est exprimée en pourcentage du PMSS.

| ACTIFS BASE | Cotisation ACTIFS régime général | Cotisation ACTIFS régime local |
|------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Salarié + EAC | 1.85 % salaire | 0.93 % salaire |
| Conjoint facultatif | 0.97 % PMSS | 0.49 % PMSS |

60% de la cotisation « salarié/enfant à charge » est à la charge de l'employeur.
La cotisation « conjoint » est prise en charge à 100% par le salarié.

(1) PMSS : 3311 EUROS AU 1^{ER} JANVIER 2018. LA VALEUR EVOLUE CHAQUE ANNEE AU 1^{ER} JANVIER