

CONTRAT D'ADHESION



Humanis Santé HCR

41931 BLOIS CEDEX 9
Tél : 09 77 40 05 50
Fax : 02 54 57 44 24

Adhésion Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

Contrat socle collectif obligatoire :

- Niveau de base : STA20160050001S-A / STA20160050002S-A
- Niveau 1, 2 ou 3 : STA20160050003S-A / STA20160050004S-A

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

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

DIRECT

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° 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(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare **adhérer au contrat socle collectif obligatoire** ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance **au profit de** (cochez la catégorie retenue) :

- l'ensemble du personnel
- son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Et déclare retenir comme **niveau de garanties** ⁽²⁾ :

- niveau de base
- niveau 1
- niveau 2
- niveau 3

Les **ayants droit** peuvent être couverts par le PARTICIPANT. Les cotisations sont à la charge exclusive de ce dernier.

⁽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⁾ Cochez en fonction de votre souhait. Le niveau de garanties retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel affilié. Le changement de choix est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

TOURNEZ SVP ➤

BA socle Humanis Santé HCR – FS – 07.17 MAJ à effet du 01/01/2018 – STA20160050001S-A / STA20160050002S-A / STA20160050003S-A / STA20160050004S-A

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception 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 règlementaires 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 contrat d'adhésion où figure en annexe les cotisations et les Conditions Générales référencées « CG/HP Humanis Santé HCR/FS 08.17 » où figurent en annexe les garanties), de la notice d'information référencée « NI/ Humanis Santé socle HCR /FS 07.16 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

Fait à _____ le ____/____/____

L'ENTREPRISE
(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 : 61 rue Taitbout 75009 PARIS

Humanis Santé HCR

REGIME FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRATS STANDARDS SOCLES COLLECTIFS OBLIGATOIRES :

STA20160050001S-A ; STA20160050002S-A ; STA20160050003S-A ; STA20160050004S-A

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Régime	Structure de cotisations	Niveau de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
	Général	Salarié		28,00 Euros	40,00 Euros	50,00 Euros	60,00 Euros
		Conjoint		32,20 Euros	46,00 Euros	57,50 Euros	69,00 Euros
		Enfant*		24,85 Euros	34,45 Euros	38,64 Euros	44,51 Euros
	Alsace Moselle	Salarié		20,00 Euros	28,00 Euros	35,00 Euros	42,00 Euros
		Conjoint		23,00 Euros	32,20 Euros	40,25 Euros	48,30 Euros
Enfant*			17,75 Euros	24,12 Euros	27,05 Euros	31,16 Euros	

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2018 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale