

# 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 surcomplémentaire collectif facultatif : STA20160050005S-A

Date d'effet de l'adhésion : 01/\_\_\_/\_\_\_\_

### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

**DIRECT**

**Garanties Frais de santé complémentaires**

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

En complément de la souscription au contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR », l'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup> déclare **adhérer au présent contrat** <sup>(2)</sup> ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance **au profit** de (cochez la catégorie retenue et assurez-vous que ces salariés sont bien couverts au titre du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR ») :

- 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** <sup>(3)</sup> :

- niveau 1
- niveau 2
- niveau 3

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> Le contrat surcomplémentaire collectif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de la souscription du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

<sup>(3)</sup> 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<sup>er</sup> janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente. Le choix est opéré en accord avec l'INSTITUTION selon la formule de garanties choisie au titre du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR ».

**TOURNEZ SVP ➤**

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1<sup>er</sup> 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](mailto: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

#### CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF :

**STA20160050005S-A**

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

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

#### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 1 ET/OU NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU DE BASE :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau de base

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	Salarié	+ 13,80 Euros	+ 25,30 Euros	+ 36,80 Euros
	Conjoint	+ 15,87 Euros	+ 29,10 Euros	+ 42,32 Euros
	Enfant*	+ 11,04 Euros	+ 15,86 Euros	+ 22,61 Euros

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

#### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 1 :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 2	Niveau 3
	Salarié	+ 11,50 Euros	+ 23,00 Euros
	Conjoint	+ 13,23 Euros	+ 26,45 Euros
	Enfant*	+ 4,82 Euros	+ 11,57 Euros

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 2 :**

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 2

<b>COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS</b>	<b>Structure de cotisations</b>	<b>Niveau 3</b>
	Salarié	+ 11,50 Euros
Conjoint	+ 13,22 Euros	
Enfant*	+ 6,75 Euros	

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant