

# 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 <sup>(1)</sup>  
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** <sup>(2)</sup> :

- 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 et sont appelées selon la modalité retenue ci-après :

- appel de cotisation individuel (auprès du PARTICIPANT)
- appel de cotisation collectif (auprès de l'ADHERENT)

<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> 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.

**TOURNEZ SVP ➤**

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par HUMANIS PREVOYANCE 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.

Les cotisations figurent en annexe du présent contrat d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du contrat (le contrat d'adhésion 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 : \_\_\_\_\_

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données 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 précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à [contact-cnill@humanis.com](mailto:contact-cnill@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. Le cas échéant, vos ayants-droit disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées. 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 aux dispositions légales susvisées.

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

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.

# 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> enfant

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