

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

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 ⁽¹⁾ déclare **adhérer au présent contrat** ⁽²⁾ 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** ⁽³⁾ :

- niveau 1
- niveau 2
- niveau 3

Modalités d'appel de cotisations :

- auprès de l'entreprise ⁽⁴⁾
- auprès du salarié

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)

⁽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 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 PREVOYANCE. La résiliation des contrats d'adhésion entraîneront 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'entreprise s'appliquent 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. 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 ».

⁽⁴⁾ L'entreprise assure le précompte de la cotisation due par le salarié. La périodicité d'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est identique à celle retenue pour le contrat socle collectif obligatoire en cas de précompte de l'entreprise.

➤ ENGAGEMENT

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par HUMANIS PREVOYANCE 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 réglementaires 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 référencées « CG/HP Humanis Santé HCR/FS 08.17 » où figurent en annexe les garanties), et de la notice d'information référencée « NI/ Humanis Santé surcomplémentaire HCR /FS 07.16 ».

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-cnil@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

CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF :

STA20160050005S-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.

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^{ème} 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^{ème} 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

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

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant