

Adhésion Modification d'adhésion

**CONTRAT
 SURCOMPLEMENTAIRE
 COLLECTIF**

**GARANTIES FRAIS DE SANTE
 COMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME
 CONVENTIONNEL**

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____
 N° Contrat : _____
 - à adhésion collective obligatoire : CCN503101 - CCN503101/01
 - à adhésion collective facultative : CCN503102 - CCN503102/01
 Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

Raison sociale : _____
 Adresse du siège social : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Adresse de correspondance (si différente) : _____
 Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
 Date de création : _____ Forme juridique : _____
 Code NAF : _____ N° SIREN : _____
 Nature de l'activité : _____
 Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
 agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare adhérer** au
 présent contrat⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance comme suit : (cochez en fonction de vos souhaits) :

Catégories	<input type="checkbox"/>	l'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/>	son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/>	son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/>	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)
	<input type="checkbox"/>	son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Type d'adhésion au présent contrat	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire du salarié <i>Appel des cotisations auprès de l'entreprise</i>	OU	<input type="checkbox"/> Adhésion facultative du salarié ⁽⁴⁾ <i>Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)</i>
	Appel de cotisations des conjoints et assimilés ⁽³⁾ Si l'extension a été souscrite		
	<input type="checkbox"/> Collectif (auprès de l'entreprise)		<input type="checkbox"/> Collectif (auprès de l'entreprise)
	<input type="checkbox"/> Individuel (auprès du salarié)		<input type="checkbox"/> Individuel (auprès du salarié)

- (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 l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel du Tourisme Social et Familial assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.
- (3) En tout état de cause, ce choix doit être strictement identique à celui opéré au titre du contrat socle collectif obligatoire.
- (4) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le PARTICIPANT pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du PARTICIPANT aura un caractère définitif.

> ENGAGEMENT

Le contrat est souscrit à effet du 1er jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi). 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 signature par Humanis Prévoyance. L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat et de son annexe (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN TSF-santé-2017 » où figurent les garanties), ainsi que de la notice d'information « NI- CCN TSF surcomplémentaire-santé-2017 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

L'employeur

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

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. 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.

CONVENTION COLLECTIVE TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

ANNEXE : COTISATIONS

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire CCN503101 - CCN503101/01

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Famille hors conjoint	+ 0, 49 % PMSS	+ 0, 49 % PMSS
EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT		
Conjoint	+ 0, 36 % PMSS	+ 0, 36 % PMSS

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2018 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative CCN503102 - CCN503102/01

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Famille hors conjoint	+ 0, 49 % PMSS	+ 0, 49 % PMSS
EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT		
Conjoint	+ 0, 36 % PMSS	+ 0, 36 % PMSS

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2018 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.