

CONTRAT D'ADHÉSION

Adhésion

Modification d'adhésion



Régime de frais de santé | Ensemble du personnel Convention collective nationale des Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement

> ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Effectif concerné à la date d'adhésion : Cadre Non Cadre

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

Réservé à notre organisme

N° ENTREPRISE

N° CONTRAT : CCN 505 100

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez votre contrat d'adhésion.
- 3- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois précisant la nature de votre activité ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4- Envoyez-le tout à l'adresse figurant au bas de ce document.

> ENGAGEMENT

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire, au profit de l'ensemble de ses salariés, auprès d'Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime complémentaire santé instauré par l'accord du 24 mai 2007 et ses avenants, tel que prévu par la Convention Collective Nationale des Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement.

La date d'effet retenue sera au plus tôt la date d'embauche du premier salarié ou le 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion [cachet de la poste faisant foi] complété et signé par l'entreprise.

L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du régime conventionnel référencées « CG-CAUE-santé-collectif-octobre 2007 », mise à jour janvier 2017 où figurent les garanties et les cotisations, ainsi que la notice d'information « NI-CAUE-santé », mise à jour janvier 2017

Un double du contrat d'adhésion vous confirmant votre adhésion au régime et sa date d'effet vous sera retourné par notre organisme.

(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.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

Fait à le

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

L'entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

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 bd Edgar Quinet - 75014 Paris. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.