

Adhésion Modification d'adhésion

Régime Frais de santé | CCN Tourisme social et familial - Contrat surcomplémentaire collectif

Garanties frais de santé complémentaires à celles du régime conventionnel

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siren

N° Code NAF N° IDCC

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone

E-mail @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat à adhésion collective obligatoire :
CCN503101 - CCN503101/01

Contrat à adhésion collective facultative :
CCN503102 - CCN503102/01

Date effet de l'adhésion :

01

Code distributeur

Taux

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Écrivez en lettres capitales.
- 2- Cochez les cases correspondant au choix du type d'adhésion retenue.
- 3- Dated et signez votre contrat d'adhésion.
- 4- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association.
- 5- Envoyez-le tout à l'adresse indiquée à la fin de ce document.

ADHÉSION

| | | | |
|--|--|----|---|
| Catégories ⁽¹⁾ | <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 Appel des cotisations auprès de l'entreprise | OU | <input type="checkbox"/> Adhésion facultative du salarié ⁽³⁾ Appel de cotisation individuel (auprès du salarié) |
| Appel de cotisations des conjoints et assimilés ⁽²⁾ Si l'extension a été souscrite | <input type="checkbox"/> Collectif (auprès de l'entreprise) <input type="checkbox"/> Individuel (auprès du salarié) | | <input type="checkbox"/> Collectif (auprès de l'entreprise) <input type="checkbox"/> Individuel (auprès du salarié) |

(1) Cochez en fonction de vos souhaits.

(2) En tout état de cause, ce choix doit être strictement identique à celui opéré au titre du contrat socle collectif obligatoire.

(3) 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

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.

Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} 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 ». Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes.

La rémunération perçue par le personnel Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

(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.

(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.

Fait à le

L'entreprise
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

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 (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 euros en 2019)

| 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 |

• Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative : CCN503102 - CCN503102/01

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 377 euros en 2019)

| 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 |

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 : 21 rue Laffitte 75009 Paris. • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. • L'institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • 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 disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans la limite fixée par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par mail à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. En cas de réclamation relative à la protection des données, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

IMP2529-1906

NOS COORDONNÉES

Malakoff Médéric Humanis : 348 rue Puech Villa - BP 7209 - Parc Euromédecine - 34183 Montpellier Cedex 4 - Tél. 09 77 40 06 40
APPEL NON SURTAXÉ