

## Frais de santé - CCN des transports routiers et des activités auxiliaires du transport - Transport sanitaire

### > ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret  N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal  Ville

Téléphone  Fax

Mail

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

Accord applicable :  Transport sanitaire

Effectif assuré concerné à la date d'adhésion

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

DATES D'EFFET RETENUES

Contrat socle de base

CCN009100 :

Contrat surcomplémentaire

CCN009101 :

Contrat socle amélioré 1

CCN009102 :

Contrat socle amélioré 2

CCN009103 :

Nom du commercial

### > POPULATION COUVERTE ET GARANTIES

Catégorie assurée <sup>(1)</sup> :

- Ensemble du personnel
- Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Garanties retenues <sup>(2)</sup> :

<input type="checkbox"/> Régime de base à adhésion obligatoire <sup>(3)</sup> et régime surcomplémentaire à adhésion facultative : <input type="checkbox"/> Option 1 OU <input type="checkbox"/> Option 2	Appel de cotisation pour le régime surcomplémentaire à adhésion facultative : <input type="checkbox"/> Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise) <input type="checkbox"/> Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)
OU	
<input type="checkbox"/> Régime socle amélioré 1 à adhésion obligatoire <sup>(3)</sup>	
OU	
<input type="checkbox"/> Régime socle amélioré 2 à adhésion obligatoire <sup>(3)</sup>	

(1) Cochez la catégorie retenue (assurez-vous que l'ensemble de vos salariés est bien couvert au titre d'un régime santé obligatoire).

(2) Cochez selon vos souhaits.

(3) Le régime retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée.

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Cochez les cases correspondant à vos choix.
- 3- Datedez 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 figurant à la fin de ce document.

## > COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en % du plafond de la Sécurité sociale.

### Régime socle de base - CCN009100

	Taux contractuels	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Adulte	1,10 %	0,67 %
Enfant *	0,75 %	0,46 %

\* Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

+

### Régime surcomplémentaire optionnel - CCN009101

Cotisation supplémentaire à celles du régime socle de base quel que soit le régime de Sécurité sociale

	Option 1	Option 2
	Adulte	+ 0,43 %
Enfant *	+ 0,22 %	+ 0,34 %

\* Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

OU

### Régime socle amélioré 1 - CCN009102

	Taux contractuels	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Adulte	1,61 %	1,13 %
Enfant *	0,97 %	0,68 %

\* Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

OU

### Régime socle amélioré 2 - CCN009103

	Taux contractuels	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Adulte	1,96 %	1,37 %
Enfant *	1,07 %	0,75 %

\* Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

## > ENGAGEMENT

En vue d'appliquer les dispositions du régime de complémentaire santé prévu par l'accord du 6 octobre 2015 de la Convention Collective Nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport, l'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par  agissant en qualité de  muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup> déclare, souscrire auprès d'Humanis Prévoyance au présent contrat d'adhésion.

Le contrat d'adhésion prend effet à la date indiquée au présent contrat par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du contrat [cachet de la poste faisant foi] ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat, des Conditions Générales référencées « CG-CCN TRANSPORT SANITAIRE - santé - septembre 2013 » où figurent les garanties, ainsi que de la notice d'information référencée « NI-CCN TRANSPORT SANITAIRE - santé - septembre 2013 » et de la notice d'information Assistance référencée F 17 S 0494. Les taux de cotisations figurent au présent contrat d'adhésion.

[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.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

Fait à  le

L'entreprise, signature et cachet de l'entreprise

Humanis Prévoyance

Le Directeur, signature

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 trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : [protection-donneespersonnelles@humanis.com](mailto:protection-donneespersonnelles@humanis.com) ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.