

# CONTRAT D'ADHESION



# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES A DOMICILE (BAD)

MALAKOFF HUMANIS  
TSA 40022  
59049 Lille cedex  
Téléphone : 09 70 80 87 17

Adhésion

Modification

Contrat d'assurance collective du régime frais de santé :  
n°- **CCN930100S-A – CCN930100S/P-A**

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'effet retenue de l'adhésion : \_\_\_\_\_

Code distributeur : \_\_\_\_\_

Taux : \_\_\_\_\_

**CONTRAT COLLECTIF  
OBLIGATOIRE  
GARANTIES FRAIS DE SANTE**

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_\_ Forme juridique : \_\_\_\_\_  
Code NAF : \_\_\_\_\_ N° IDCC : \_\_\_\_\_ N° SIREN : \_\_\_\_\_  
Nature de l'activité : \_\_\_\_\_  
Effectif Cadre concerné à la date de l'adhésion : \_\_\_\_\_  
Effectif Non Cadre 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 <sup>(1)</sup>  
déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de  
l'ensemble de ses salariés cadres et non cadres, à Malakoff Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les  
dispositions du régime de complémentaire santé prévu par l'Accord du 21 mai 2010 de la branche de l'aide, de  
l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)

(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**. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

TOURNEZ SVP ►

## > ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

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

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture frais de santé et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

Préalablement à la signature du contrat d'adhésion, l'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit Frais de santé « CCN Aide à domicile, accompagnement, soins et services » du présent contrat (le contrat d'adhésion où figurent en annexe les cotisations et les Conditions Générales référencées « CONDITIONS GENERALES – REGIME CONVENTIONNEL SANTE – ENSEMBLE DU PERSONNEL » où figurent en annexe les garanties) ainsi que la notice « NOTICE D'INFORMATION SANTE ». Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, il en accepte les termes.

L'entreprise  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Le Directeur  
Signature (et cachet)

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un 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 les limites fixées 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 directement sur notre site via nos formulaires, par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BRANCHE DE  
L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES A  
DOMICILE (BAD)**

**ANNEXE I – COTISATIONS**

**CCN930100S-A - CCN930100S/P-A**

Régime SS	BASE PRIME		
	COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 428 euros en 2020)</i>		
	Salarié	Conjoint	Enfant *
Régime Général	1,301 %	1,527 %	0,767 %
Alsace-Moselle	0,844 %	0,992 %	0,499 %

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