

CONTRAT D'ADHESION



CONVENTION COLLECTIVE DES CABINETS OU ENTREPRISES DE GEOMETRES-EXPERTS, GEOMETRES-TOPOGRAPHES, PHOTOGRAMMETRES ET EXPERTS-FONCIERS

Votre Centre de Gestion :
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
348 rue du Puech Villa
BP 7209
34183 MONTPELLIER CEDEX 4
09 77 40 06 40

Adhésion

Modification

Cadre réservé à Malakoff Humanis Prévoyance

N° Etablissement : _____

Contrat socle collectif obligatoire : CCN506100

Code distributeur : _____

Taux : _____

Date d'effet de l'adhésion : 01/___/_____

**CONTRAT SOCLE
COLLECTIF OBLIGATOIRE
GARANTIES FRAIS DE SANTE**

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance (si différente) : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ Fax : ___/___/___/___/___ Adresse email : _____

Date de création : ___/___/_____ Forme juridique : _____

Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____

Nature de l'activité : _____

Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

➤ ADHESION

L'établissement représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare **adhérer au contrat socle collectif obligatoire** ci-dessus référencé assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime santé prévu par l'Accord de Prévoyance de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres Topographes Photogrammètres et Experts-Fonciers du 13 octobre 2005 et ses avenants, **au profit de :**

- son personnel affilié à l'AGIRC,
- et
- de son personnel non affilié à l'AGIRC.

Affiliation obligatoire du conjoint

Ce choix résulte : d'un accord collectif d'une décision unilatérale d'entreprise d'un référendum

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'établissement, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'établissement 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.

➤ **ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) dûment complété. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après signature de l'Institution.

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

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du contrat (le contrat d'adhésion où figure en annexe les cotisations, les Conditions Générales référencées «CG-CCN Géomètres Experts FS-2018» où figurent en annexe les garanties), de la notice d'information référencée «NI-CCN Géomètres Experts FS Socle-2018» et les Conditions générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » référencées « Convention n°753734 », téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>. Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

Fait à _____ le ____/____/____

L'ADHERENT
(signature et cachet)

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Le Directeur
(signature et cachet)

Votre interlocuteur commercial : _____

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 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.

Malakoff 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°775 691 181 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par AUXIA Assistance – Société anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le n°351 733 761 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS

Convention Collective des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts-Fonciers

FRAIS DE SANTE

ANNEXE : COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE :

CCN506100

Cotisations au 1^{er} janvier 2020

La cotisation « salarié/enfant à charge » est exprimée en pourcentage du salaire mensuel et est comprise entre un montant minimum de 35% du PMSS⁽¹⁾ et un montant maximum de 185% du PMSS. La cotisation « conjoint » est exprimée en pourcentage du PMSS.

ACTIFS BASE	Cotisation ACTIFS régime général	Cotisation ACTIFS régime local
Salarié + EAC	1.85 % salaire	0.93 % salaire
Conjoint (affiliation obligatoire)	0.97 % PMSS	0.49 % PMSS

60% de la cotisation « salarié/enfant à charge » et de la cotisation « Conjoint » est à la charge de l'employeur.

⁽¹⁾ PMSS : 3428 euros au 1^{er} janvier 2020. La valeur évolue chaque année au 1^{er} janvier.