

CONTRAT D'ADHESION



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

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

Adhésion

Modification

CADRE RESERVE A MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

N° Adhérent : _____

N° Contrat

- à adhésion collective obligatoire : CCN506104

- à adhésion collective facultative : CCN506102

Code distributeur : _____

Taux : _____

Date d'effet de l'adhésion : _____

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Raison sociale: _____

Adresse : _____

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 concerné à la date de l'adhésion : _____

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare,**
souscrire au présent contrat assuré par Malakoff Humanis Prévoyance⁽²⁾, comme suit (*cochez en fonction de vos*
souhaits) :

Catégorie	<input type="checkbox"/> l'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> son personnel affilié à l'AGIRC
	<input type="checkbox"/> son personnel non affilié à l'AGIRC
Type d'adhésion	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire
	<input checked="" type="checkbox"/> Affiliation obligatoire du conjoint Ce choix résulte : <input type="checkbox"/> d'un accord collectif <input type="checkbox"/> d'une décision unilatérale d'entreprise <input type="checkbox"/> d'un référendum
	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative ⁽³⁾

(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.

(2) **Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément du régime conventionnel des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts-Fonciers, souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance. La résiliation de ce régime entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.**

(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

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 réglementaires 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 bulletin 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 Surcomp-2018». 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 SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF :

CCN506104 - CCN506102

Cotisations au 1^{er} janvier 2020

Les cotisations du contrat surcomplémentaire collectif viennent en complément de celles du contrat socle collectif obligatoire

ACTIFS OPTION facultative ou obligatoire	Cotisation ACTIFS régime général et régime local En complément du tarif de base
Salarié + EAC	+ 2.55 % salaire
Conjoint à affiliation facultative ou obligatoire	+ 1.07 % PMSS

Un minimum de 50% de la cotisation « salarié/enfant à charge » et de la cotisation « conjoint » est à la charge de l'employeur dans le cadre d'une adhésion obligatoire.

La cotisation « salarié/enfant à charge » et « conjoint » est prise en charge à 100% par le salarié dans le cadre d'une adhésion facultative.

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