

# Espaces de Loisirs, d'Attractions et Culturels Régime complémentaire santé



## KIT D'ADHÉSION ENTREPRISE

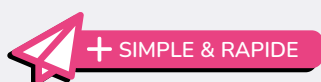
Pour valider votre adhésion au contrat, vous devez obligatoirement nous retourner la fiche Adhérent personne morale, la Demande d'adhésion et les listes du personnel en activité, en arrêt de travail et en portabilité.

Si votre entreprise est domiciliée à l'étranger, il est impératif de nous transmettre, pour la bonne tenue de votre dossier, un document officiel attestant l'existence juridique de l'entreprise.

Afin d'identifier l'ensemble de vos salariés bénéficiaires du régime obligatoire de santé, il est également nécessaire de faire remplir par chacun d'entre eux une « Demande d'affiliation », à nous retourner ensuite. **Attention, si vous êtes vous-même salarié, ou assimilé salarié (affilié au régime Général ou au régime Alsace-Moselle) de votre entreprise, vous devez de la même façon remplir une demande d'affiliation.**

Les données suivies d'un astérisque doivent être obligatoirement complétées pour la bonne exécution de la gestion de votre contrat.

### Comment retourner ce dossier ?



Par mail à :  
[relations-entreprises@audiens.org](mailto:relations-entreprises@audiens.org)

### Une question ?



**0173 173 737**

Du lundi au vendredi  
de 9h00 à 18h00





## Informations importantes

Le contrat  
Espaces de Loisirs,  
d'Attractions  
et Culturels  
est en conformité  
avec les dispositions  
suivantes relatives à :

la généralisation  
complémentaire santé

la responsabilisation  
des contrats

le 100 % santé



### RÉGIME OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

- Vous avez à disposition 4 niveaux de garanties :
  - la Base Conventionnelle (niveau 1) qui est formalisée par l'accord collectif de branche
  - des niveaux supérieurs (Niveau 2, Niveau 3 ou Niveau 4 (non responsable)) qui devront être formalisés par un accord collectif d'entreprise, par un référendum ou par la remise d'une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) à chaque salarié.
- En qualité d'employeur, vous devez prendre en charge au moins 50 % des cotisations des salariés. Si vous couvrez aussi les ayants droit à titre obligatoire, vous devrez également prendre en charge au moins 50 % de leurs cotisations.
- Tous les salariés permanents de l'entreprise, appartenant à la ou aux catégorie(s) couverte(s), doivent être affiliés, à l'exception de ceux pouvant justifier d'un cas de dispense.

### CAS DE DISPENSE

#### Dispenses dites de « droit »

Ces cas de dispense sont invocables par le salarié, même si l'acte de mise en place du régime (convention collective, accord collectif, référendum, DUE) ne les prévoit pas. C'est au salarié de prendre l'initiative de demander la dispense, par écrit. Vous devez conserver la preuve de cette demande.

Sont concernés :

- les salariés employés dans l'entreprise avant la mise en place du régime (si celui-ci est mis en place par DUE) et dès lors qu'une contribution salariale est demandée ;
- les salariés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, quelle que soit leur date d'embauche ;
- les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire, du régime « Alsace-Moselle », du régime complémentaire d'assurance maladie des Industries électriques et gazières, des dispositions relatives à la participation de l'État, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, ou des contrats d'assurance de groupe « loi Madelin » ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de leur embauche, jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel ;
- les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission qui justifient bénéficier par ailleurs d'une couverture respectant les caractéristiques du contrat responsable et dont la durée de la couverture collective et obligatoire, s'ils s'affiliaient, serait

inférieure ou égale à 3.

#### Autres cas de dispense

Ces cas de dispense doivent être prévus par l'acte de mise en place du régime (convention collective, accord collectif, accord référendaire, DUE) pour pouvoir être invoqués. En outre, l'employeur devra recueillir les justificatifs correspondants.

Sont concernés :

- les salariés dont la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission est au moins égale à 12 mois et qui justifient par ailleurs d'une couverture à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés dont la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission est inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis, quelle que soit la date d'embauche, dès lors que leur adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

### EXTENSION AUX AYANTS DROIT DES SALARIÉS :

- Dans l'acte fondateur, si vous avez choisi d'étendre les garanties au/à la conjoint(e) non à charge du salarié dans le cadre du régime obligatoire, vous devrez alors prendre en charge une partie de la cotisation du/de la conjoint(e) non à charge\*. Dans ce cas, le Régime Facultatif doit être formalisé, par accord d'entreprise, référendum ou par la remise d'un exemplaire de la DUE à chaque salarié.
- Si vous avez choisi de ne pas étendre les garanties au/à la conjoint(e) non à charge dans le cadre du régime obligatoire, le salarié qui le souhaite pourra étendre les garanties à ce dernier. **Les cotisations supplémentaires seront alors entièrement financées par le salarié et directement prélevées sur son compte bancaire.**

### OPTIONS FACULTATIVES SOUSCRITES PAR LE SALARIÉ

Pour améliorer le cas échéant, le niveau de remboursement, le salarié qui le souhaite peut également choisir une option en complément du niveau souscrit à titre obligatoire par l'entreprise, moyennant une cotisation supplémentaire. **Cette cotisation supplémentaire est entièrement financée par le salarié et est directement prélevée sur son compte bancaire.**

\* Les contributions employeurs bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux dans le cadre de régimes formalisés. Lorsqu'elles financent en partie la couverture des ayants droit, ceux-ci doivent être couverts à titre obligatoire.





# Adhérent personne morale

## Fiche d'identification du représentant légal et des bénéficiaires effectifs

### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE\*

Raison sociale

Forme juridique SA SARL EURL Association Autre

### SIÈGE SOCIAL

Adresse

Code postal Commune

### REPRÉSENTANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Né(e) le Ville et pays de naissance

Agissant en qualité de

### IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS\* 1

*En application des articles L. 561-5 et L. 561-9 du Code monétaire et financier.*

#### BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 1

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom(s)

Né(e) le Ville et pays de naissance

#### BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 2

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom(s)

Né(e) le Ville et pays de naissance

#### BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 3

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom(s)

Né(e) le Ville et pays de naissance

#### BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 4

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom(s)

Né(e) le Ville et pays de naissance

1. Voir explications page suivante.

#### Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

Ces informations sont recueillies à l'occasion de la souscription du contrat auprès d'Audiens Santé Prévoyance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La/ Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.

\* Saisie obligatoire





# Adhérent personne morale

## COMMENT IDENTIFIER LE BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF ?

Le bénéficiaire effectif est nécessairement une personne physique.

### Critères d'identification des bénéficiaires effectifs

#### CAS DES SOCIÉTÉS

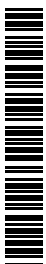
**Il convient, en pratique, de reporter la liste des personnes physiques déclarées au greffe du tribunal de Commerce en application de l'article L. 561-46 du Code monétaire et financier [registre des bénéficiaires effectifs].**

- Personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société :  
Et/ou
- Personnes physiques qui exercent, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur la société<sup>1</sup>  
Ou, à défaut d'identification d'un bénéficiaire effectif selon les modalités susvisées :
- Les personnes physiques visées à l'article R. 561-1 alinéa 2 du Code monétaire et financier<sup>2</sup>

**À noter** L'identification des bénéficiaires effectifs, ne concerne pas les sociétés dont les titres sont admis à la négociation sur un marché réglementé en France ou dans un autre État imposant des obligations équivalentes en matière de transparence.

#### CAS DES PERSONNES MORALES AUTRES QU'UNE SOCIÉTÉ<sup>3</sup>

- Personnes physiques titulaires, directement ou indirectement, de 25 % au moins du capital de la personne morale ;  
Et/ou
  - Personnes physiques ayant vocation, par l'effet d'un acte juridique les ayant désignées à cette fin, à devenir titulaires, directement ou indirectement, de 25 % au moins du capital de la personne morale ;  
Et/ou
  - Personnes physiques disposant d'un pouvoir de nommer ou de révoquer la majorité des membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance de la personne morale ;  
Et/ou
  - Personnes physiques exerçant par d'autres moyens un pouvoir de contrôle sur les organes d'administration, de gestion, de direction ou de surveillance de la personne morale.
- Ou, à défaut d'identification d'un bénéficiaire effectif selon les modalités susvisées [uniquement pour les associations, fondations, fonds de dotation ou groupement d'intérêt économique] :
- Le ou les représentants légaux de l'association ;
  - Le président, le directeur général ainsi que, le cas échéant, le ou les membres du directoire de la fondation ;
  - Le président du fonds de dotation ;
  - La ou les personnes physiques et, le cas échéant, le représentant permanent du ou des personnes morales, désignées administrateurs du groupement d'intérêt économique.



1. Une personne physique exerce un pouvoir de contrôle lorsqu'elle détermine en fait, par les droits de vote dont elle dispose, les décisions dans les assemblées générales de cette société et/ou lorsqu'elle est associée ou actionnaire de cette société et dispose du pouvoir de nommer ou de révoquer la majorité des membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance de cette société.

2. À savoir : le ou les gérants des sociétés en nom collectif, des sociétés en commandite simple, des sociétés à responsabilité limitée, des sociétés en commandite par actions et des sociétés civiles ou le directeur général des sociétés anonymes à conseil d'administration ou le directeur général unique ou le président du directoire des sociétés anonymes à directoire et conseil de surveillance ou le président et, le cas échéant, le directeur général des sociétés par actions simplifiées.

3. Notamment : associations déclarées ou reconnues d'utilité publique, fondations reconnues d'utilité publique ou d'entreprise, fonds de dotation, groupements d'intérêt économique.

À noter : les critères relatifs à la détention de capital ne s'appliquent pas à l'ensemble des personnes morales (par exemple : associations)



# Demande d'adhésion

PERSONNEL PERMANENT <sup>1</sup>

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE\*

Raison sociale

Enseigne

Forme juridique SA SARL EURL Association Autre

Date de création

## SIÈGE SOCIAL

Adresse

Code postal Commune

Tél. Courriel

## ÉTABLISSEMENT ADHÉRENT (SI DIFFÉRENT DU SIÈGE SOCIAL)

Adresse

Code postal Commune

Tél. Courriel

## INTERLOCUTEUR DÉSIGNÉ

Raison sociale

Adresse

Code postal Commune

Tél. Courriel

## ACTIVITÉ\*

Convention collective N°IDCC

Activité principale exercée Code NAF

Syndicat d'employeur Date d'adhésion

Syndicat d'employeur Date d'adhésion

Syndicat d'employeur Date d'adhésion



1. Le terme « permanent » désigne tous les salariés en CDI ou CDD, autres que les intermittents du spectacle et les journalistes rémunérés à la pige.

## CHOIX DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ\*

### MISE EN PLACE DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Le régime de santé est mis en place par

Accord collectif de branche

Si vous souhaitez mettre en place un régime facultatif, la mise en place se fera par

Accord collectif d'entreprise

Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)

Référendum

### TAUX DE COTISATION

Les tarifs sont exprimés en pourcentage du PMSS<sup>1</sup> (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), susceptible d'évoluer chaque année.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [ameli.fr](http://ameli.fr).

Cochez les cases correspondantes à vos choix selon chaque catégorie de personnel à assurer, la structure de cotisation et précisez la date d'effet.

### Cadres permanents<sup>2</sup> et non-cadres permanents\*

La structure de cotisation Famille englobe le salarié, ses enfants et son/sa conjoint(e) à charge<sup>3</sup> (ne percevant pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement).

Vous avez la possibilité de couvrir le conjoint(e) non à charge. Dans ce cas, cochez la case correspondante.

La structure de cotisation Conjoint(e) non à charge concerne uniquement les conjoint(e)s non à charge (percevant un revenu professionnel ou de remplacement).

**Le niveau 4 ne peut être souscrit qu'en complément du niveau 3. Vous seul en tant qu'employeur pouvez souscrire au niveau 4.**

### RÉGIME GÉNÉRAL

CADRES	Tarifs mensuels			
	Base conventionnelle (niveau 1)	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3 + Niveau 4 (non responsable)
<b>Famille</b>	1,24%	1,77%	2,20%	2,20 % +0,21%
<b>Conjoint(e) non à charge</b>	+1,30%	+1,87%	+2,32%	+2,32 % +0,22%

Date d'effet<sup>4</sup>

NON-CADRES	Tarifs mensuels			
	Base conventionnelle (niveau 1)	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3 + Niveau 4 (non responsable)
<b>Famille</b>	1,24%	1,77%	2,20%	2,20 % +0,21%
<b>Conjoint(e) non à charge</b>	+1,30%	+1,87%	+2,32%	+2,32 % +0,22%

Date d'effet<sup>3</sup>





## RÉGIME ALSACE-MOSELLE

CADRES	Tarifs mensuels			
	Base conventionnelle (niveau 1)	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3 + Niveau 4 (non responsable)
<b>Famille</b>	0,78%	1,16%	1,45%	1,45 % +0,14 %
<b>Conjoint(e) non à charge</b>	+0,82%	+1,22%	+1,53%	+1,53% + 0,15 %

Date d'effet<sup>4</sup>

NON-CADRES	Tarifs mensuels			
	Base conventionnelle (niveau 1)	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3 + Niveau 4 (non responsable)
<b>Famille</b>	0,78%	1,16%	1,45%	1,45 % +0,14 %
<b>Conjoint(e) non à charge</b>	+0,82%	+1,22%	+1,53%	+1,53% + 0,15 %

Date d'effet<sup>4</sup>

1. PMSS fixé à 3 666 € en 2023

2. Le terme « permanent » désigne tous les salariés en CDI ou CDD, autres que les intermittents du spectacle et les journalistes rémunérés à la pige.

3. Le conjoint(e) à charge est le conjoint(e) du participant, ou à défaut son pacsé ou son concubin(e) ne déclarant à l'administration fiscale aucun revenu issu d'une activité professionnelle (salariée ou non salariée) et aucun revenu de remplacement tel que défini ci-après. On entend par revenu de remplacement tout revenu perçu pour remplacer les revenus provenant de la rémunération du travail : allocation chômage, indemnités journalières, pension d'invalidité, rente d'incapacité permanente, pension de retraite.

4. Confère paragraphe déclaration en page 11.

### Informations relatives aux frais de gestion et au ratio prestations / cotisations

Taux de frais de gestion négocié : 15 %

Ratio Prestations / Cotisations de l'Institution : 92 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.





# Personnel en activité

*Avant de compléter le formulaire, vous pouvez dupliquer la page selon le nombre de personnes à ajouter au contrat.*

Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	
Nom	Prénom
Né(e) le	Ville et pays de naissance
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale	







# Personnel dispensé d'adhérer

## au régime de frais de santé

*Avant de compléter le formulaire, vous pouvez dupliquer la page selon le nombre de personnes dispensées d'adhérer..*

Aucun cas de dispense.

Si vous avez des salariés dispensés d'adhérer, complétez le formulaire ci-dessous.

Nom	Prénom	
Né(e) le	Ville et pays de naissance	
Cadre	Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale		
Nom	Prénom	
Né(e) le	Ville et pays de naissance	
Cadre	Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale		
Nom	Prénom	
Né(e) le	Ville et pays de naissance	
Cadre	Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale		
Nom	Prénom	
Né(e) le	Ville et pays de naissance	
Cadre	Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale		
Nom	Prénom	
Né(e) le	Ville et pays de naissance	
Cadre	Non-cadre	Date d'entrée dans l'entreprise
N° de Sécurité sociale		





# Anciens salariés

## actuellement couverts en portabilité

Avant de compléter le formulaire, vous pouvez dupliquer la page selon le nombre de personnes couvertes en portabilité.

Pas de salarié en portabilité.

Complétez le formulaire ci-dessous si vous avez d'anciens salariés en portabilité.

Nom			Prénom		
Né(e) le	Ville et pays de naissance				
Cadre	Non-cadre	Date de sortie de l'entreprise	Couverture jusqu'au		
N° de Sécurité sociale					
Nom			Prénom		
Né(e) le	Ville et pays de naissance				
Cadre	Non-cadre	Date de sortie de l'entreprise	Couverture jusqu'au		
N° de Sécurité sociale					
Nom			Prénom		
Né(e) le	Ville et pays de naissance				
Cadre	Non-cadre	Date de sortie de l'entreprise	Couverture jusqu'au		
N° de Sécurité sociale					
Nom			Prénom		
Né(e) le	Ville et pays de naissance				
Cadre	Non-cadre	Date de sortie de l'entreprise	Couverture jusqu'au		
N° de Sécurité sociale					
Nom			Prénom		
Né(e) le	Ville et pays de naissance				
Cadre	Non-cadre	Date de sortie de l'entreprise	Couverture jusqu'au		
N° de Sécurité sociale					

EOELIX

IMP  
ENT





## ADHÉSION\*

En application des dispositions législatives et conventionnelles en vigueur, le(la) soussigné(e)

Madame      Monsieur

Nom      Prénom

Domicile

Né(e) le      Ville et pays de naissance

Tél.

Agissant en qualité de

Déclare adhérer, au nom et pour le compte de l'entreprise ci-dessus, à Audiens Santé Prévoyance.

Cette adhésion résilie le contrat Santé préexistant.

## DÉCLARATION\*

### PROCÉDURE DE RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

Audiens Santé Prévoyance prend en charge la résiliation de votre couverture santé complémentaire actuelle auprès de votre ancien assureur. Nous vous remercions de nous retourner dûment complété le « formulaire de prise en charge de la résiliation de votre complémentaire santé actuelle par Audiens Santé Prévoyance » joint avec votre bulletin d'adhésion.

Je demande à adhérer à la garantie complémentaire santé

La couverture complémentaire santé souscrite auprès d'Audiens Santé Prévoyance prendra effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois précédent la Déclaration Sociale Nominative. Cette date devra être mentionnée pour chaque catégorie de personnel concerné.

La couverture complémentaire souscrite auprès d'Audiens Santé Prévoyance prendra effet le lendemain de la résiliation de votre couverture actuelle, conformément aux dispositions de la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé.

### Je déclare avoir reçu et pris connaissance :

- de la fiche Information et Conseil formalisant par écrit les informations et le conseil fournis avant la présente adhésion ;
- du document d'information normalisé sur le produit d'assurance ;
- du Règlement du régime Frais de santé d'Audiens Santé Prévoyance ;
- je certifie que mes déclarations sont exactes, complètes et sincères.

Fait à

Le

Signature du représentant

Cachet de l'entreprise



Pensez à simplifier vos démarches en nous renvoyant ce document par mail à **relations-entreprises@audiens.org**

### Dématérialisation

Dans le cadre de la présente relation contractuelle, Audiens Santé Prévoyance (ASP) se réserve le droit de poursuivre la relation sur un support durable autre que le papier. Vous bénéficiez néanmoins du droit de vous y opposer et de demander à recevoir la documentation contractuelle au format papier.

Je m'oppose au support durable autre que le papier.

Par ailleurs, vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment et par tout moyen, auprès de votre interlocuteur habituel.

### Protection des données à caractère personnel

Pour l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ASP, en sa qualité de responsable de traitement est amené à collecter et à traiter des informations et des données personnelles concernant les représentants de l'entreprise, ses employés et ses bénéficiaires effectifs (les personnes concernées). Les données personnelles collectées pourront être également utilisées au titre de sa relation avec les personnes concernées et notamment dans le cadre de ses actions commerciales, de gestion, de suivi, de sensibilisation ou d'information. Les traitements réalisés relèveront selon les cas de l'exécution du contrat, d'obligations légales ou réglementaires et de l'expiration des délais légaux applicables. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, les personnes concernées bénéficient de droits dans les conditions et limites prévues par la réglementation (information, accès, rectification, effacement de leurs données, portabilité, opposition et limitation du traitement). Pour exercer ces droits, les personnes concernées peuvent s'adresser au DPO par courrier électronique [dpo@audiens.org](mailto:dpo@audiens.org) ou par courrier postal : DPO - Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES. Si les personnes concernées considèrent, après nous avoir contactés, que leurs droits ne sont pas respectés, elles peuvent adresser une réclamation à la CNIL. Pour avoir plus d'informations, les personnes concernées peuvent consulter notre politique de confidentialité à l'adresse suivante : <https://www.audiens.org/accueil/protection-des-donnees.html>.

### Prospection commerciale

Je m'oppose à l'utilisation de ces données par Audiens Santé Prévoyance pour la présentation de ses offres et produits.

J'accepte que mes données soient communiquées à d'autres entités du Groupe Audiens afin qu'elles me présentent leurs offres et produits.

