

HUMANIS PREVOYANCE  
348 rue du Puech Villa  
BP 7209  
34183 MONTPELLIER CEDEX 4  
Tél : 09 77 40 06 90 (appel non surtaxé)

Nouvelle adhésion       Changement de formule (n° Adhérent : \_\_\_\_\_):

A retourner à votre interlocuteur commercial

**Cadre réservé à notre organisme**

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

N° d'Etude : \_\_\_\_\_

Date d'effet de l'adhésion :

- Contrat socle collectif obligatoire : CCN021100 :.../.../....

- Nom du commercial : \_\_\_\_\_

**CONTRAT STANDARD  
FRAIS DE SANTE  
  
COMMERCE DE GROS  
  
ENSEMBLE DU PERSONNEL**

**ENTREPRISE ADHERENTE**

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_\_ Forme juridique : \_\_\_\_\_  
Code NAF : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_  
Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de \_\_\_\_\_ muni de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup> déclare adhérer au contrat collectif obligatoire, assuré par Humanis Prévoyance, selon les modalités suivantes (cochez en fonction de vos souhaits) :

**GARANTIES :**

**FORMULE RETENUE <sup>(2)</sup>**

Régime 1

Régime 2

Régime 3

**Date d'effet du contrat collectif obligatoire souhaitée : .../.../....**

(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.

(2) Cochez en fonction de votre souhait. Le niveau de garanties retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties accompagné est possible à effet du 1<sup>er</sup> janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

## > ENGAGEMENT

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent bulletin par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance.

Les cotisations du contrat figurent en annexe au présent bulletin d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion et les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « CG-Commerce de Gros-santé-2016 » où figurent les garanties) et la notice d'information « NI-Commerce de Gros-santé-2016 ».

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

L'entreprise  
Signature et cachet

HUMANIS PREVOYANCE  
Le Directeur

*Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification par lettre simple auprès d'Humanis Prévoyance, Service Satisfactions Clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 SARAN Cedex, conformément aux dispositions de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et de la loi N° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.*

HUMANIS PREVOYANCE Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale – membre du groupe Humanis - siège social : 29 boulevard Edgar Quinet – 75014 PARIS

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU COMMERCE DE GROS

## CONTRAT STANDARD « COMMERCE DE GROS »

### ENSEMBLE DU PERSONNEL

#### ANNEXE : COTISATIONS

#### REGIME GENERAL

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 170 euros en 2015)</i>			
<b>Formule retenue</b>	<b>Régime 1</b>	<b>Régime 2</b>	<b>Régime 3</b>
<b>Isolé CCN021100</b>	<b>0,93 %</b>	<b>1,37 %</b>	<b>1,87 %</b>
<b>Famille CCN021100</b>	<b>1,77 %</b>	<b>2,53 %</b>	<b>3,37 %</b>
<b>Extension facultative</b>			
<b>Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale CCN021101</b>	<b>1,02 %</b>	<b>1,51 %</b>	<b>2,06 %</b>

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.

#### REGIME LOCAL

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 170 euros en 2015)</i>			
<b>Formule retenue</b>	<b>Régime 1</b>	<b>Régime 2</b>	<b>Régime 3</b>
<b>Isolé CCN021100</b>	<b>0,47 %</b>	<b>0,81 %</b>	<b>1,40 %</b>
<b>Famille CCN021100</b>	<b>0,88 %</b>	<b>1,50 %</b>	<b>2,52 %</b>
<b>Extension facultative</b>			
<b>Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale CCN021101</b>	<b>0,51 %</b>	<b>0,89 %</b>	<b>1,54 %</b>

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.