

Humanis
Aide à domicile
TSA 40022
59049 Lille cedex
Téléphone : 09 70 80 87 17

CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION :

**Régime conventionnel de base n° CCN930000P-J
CCN930000/01P-J CCN930000/02P CCN930000/02P-A
CCN003001-A**
N° Entreprise : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

CONTRAT D'ADHESION

**REGIME CONVENTIONNEL MAINTIEN
DE SALAIRE ET PRÉVOYANCE**

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° 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'employeur, ci-dessus nommé, représenté par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire,
au profit de l'ensemble de ses salariés cadres et non cadres, au contrat collectif obligatoire référencé ci-dessus et assuré par
Humanis Prévoyance.

> ENGAGEMENT

Le contrat socle collectif obligatoire est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion
(cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance. En tout état de cause,
l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.
L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du régime conventionnel référencées
« CONDITIONS GÉNÉRALES – RÉGIME DE MAINTIEN DE SALAIRE ET DE PRÉVOYANCE – ENSEMBLE DU PERSONNEL
– CCN BAD » (ou figurent les garanties) ainsi que la notice d'information « NOTICE D'INFORMATION – PRÉVOYANCE –
ENSEMBLE DU PERSONNEL – CCN BAD ». Les cotisations Prévoyance figurent en annexe.

L'Employeur
Fait à _____ le _____
Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____
Le Directeur
Signature (et cachet)

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.

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

ANNEXE I – COTISATIONS

**CCN930000P-J CCN930000/01P-J CCN930000/02P CCN930000/02P-
A CCN003001-A**

A effet du 1^{er} janvier 2017, les taux de cotisations Prévoyance, exprimés en pourcentage du salaire brut limité à la Tranche B, sont répartis comme suit :

Garanties	Employeur	Salarié	Total
Maintien de revenu (avec 16% charge patronale)	1.36%	-	1.36%
Incapacité	-	1.02%	1.02%
Invalidité	1.19%	0.45%	1.64%
Décès	0.26%	-	0.26%
Rente Education	0.08%	-	0.08%
Maintien garantie Décès	0.02%	-	0.02%
Mutualisation (Passif)	0.03%	-	0.03%
Cotisation additionnelle finançant la Portabilité	0.19%	0.10%	0.29%
Total	3.13%	1.57%	4.70%