

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 <sup>(1)</sup> 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<sup>er</sup> 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.

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à [contact-cnll@humanis.com](mailto:contact-cnll@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.

# 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<sup>er</sup> janvier 2017, les taux de cotisations Prévoyance, exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), sont répartis comme suit :

<b>Garanties</b>	<b>Employeur</b>	<b>Salarié</b>	<b>Total</b>
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%
<b>Total</b>	<b>3.13%</b>	<b>1.57%</b>	<b>4.70%</b>