



TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

**CONVENTION COLLECTIVE DU 18 JUILLET
1977 RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE
COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE
CONCERNANT LES EXPLOITATIONS
FORESTIERES DE BASSE-NORMANDIE ET
LES PROPRIETAIRES SYLVICULTEURS DE
L'ORNE**

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

N° Contrat : **CR12010027P/00**

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

**CONTRAT D'ADHÉSION
PREVOYANCE**

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° SIRET : _____
Nature de l'activité : _____ Date d'adhésion : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾
déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance référencé ci-dessus, au profit de
l'ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC relevant du champ d'application de la convention collective du 18 juillet
1977 relatif à la protection sociale complémentaire prévoyance pour les salariés non affiliés à l'AGIRC des
exploitations forestières de Basse-Normandie et les propriétaires sylviculteurs de l'Orne, en vue d'appliquer les
dispositions du régime Prévoyance instauré par la convention collective précitée.

*(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'Adhérent, la présente demande doit être signée par un représentant
légal ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion l'employeur doit
joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.*

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles
en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com.
Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

TOURNEZ SVP ▶

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale – Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet 75014 Paris – Soumise au
contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75009 Paris

> ENGAGEMENTS

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les cotisations figurent en annexe du présent bulletin d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les conditions générales référencées « CG-Accord Expl Basse-Normandie – PREV – 01.2016 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI – Accord Expl Basse-Normandie – PREV – 01.2016 ».

(1) L'Adhérent a-t-il à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail (2)? :

NON : Si cette situation venait à être modifiée avant la date d'effet de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à en informer immédiatement notre organisme

OUI : Dans ce cas, vous devez obligatoirement remplir le document intitulé « Déclaration de reprise de passif »

(1) *Cochez la case en fonction de votre situation*

(2) *Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité.*

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

**CONVENTION COLLECTIVE DU 18 JUILLET 1977
RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE
PREVOYANCE POUR LES SALARIES NON AFFILIES A L'AGIRC
CONCERNANT LES EXPLOITATIONS FORESTIERES DE BASSE-
NORMANDIE ET LES PROPRIETAIRES SYLVICULTEURS DE L'ORNE**

ANNEXE I – COTISATIONS

**CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE
REGIME DE PREVOYANCE
CRI2010027P/00**

- Participants ayant moins de 6 mois d'ancienneté :

GARANTIES	TAUX DE COTISATIONS TRANCHE A / TRANCHE B
DECES – allocations obsèques PTIA ⁽¹⁾	0,23 %
TOTAL	0,23 %

⁽¹⁾ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Participants ayant au moins 6 mois d'ancienneté:

GARANTIES	TAUX DE COTISATIONS TRANCHE A / TRANCHE B
DECES – allocations obsèques PTIA ⁽¹⁾	0,23%
MAINTIEN DE SALAIRE	0,38%
RELAIS MAINTIEN DE SALAIRE	0,26%
INVALIDITE VIE PRIVEE	0,14%
INVALIDITE SUITE ATMP	0,03%
TOTAL	1,04 %

⁽¹⁾ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie