

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

N° Contrat : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

*L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.***BULLETIN D'ADHESION
Prévoyance**

Code distributeur : _____

Taux : _____

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 : _____
IDCC : _____
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 à titre obligatoire au profit de ses salariés agricoles relevant du champ d'application de la convention
précitée et non affiliés à l'Agirc, à Humanis Prévoyance en vue d'appliquer les dispositions de la convention collective
du 23 juin 2015.

⁽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

> 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. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les conditions générales référencées « CG/HP/PREV-CCN GIRONDE – 01.19 » où figurent les garanties) ainsi que la notice d'information référencée « NI/HP/PREV-CCN GIRONDE – 01.19 ».

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces documents, elle en accepte les termes.

L'Adhérent a-t-il à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail ⁽¹⁾ ou des bénéficiaires de rente éducation en cours de service (cochez la case en fonction de votre situation) :

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⁾ 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 DE TRAVAIL DU 23 JUIN 2015 CONCERNANT LES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE LA GIRONDE

ANNEXE – COTISATIONS 01.01.19

BULLETIN D'ADHESION PREVOYANCE

Prestations	Salariés ayant une ancienneté continue inférieure à 6 mois		Salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue	
	Tranche A	Tranche B	Tranche A	Tranche B
Décès (décès, IAD, rente éducation, frais d'obsèques)	0,44 %	0,44 %	0,44 %	0,44 %
Incapacité temporaire de travail	-	-	0,53 %	0,53 %
Invalidité	-	-	0,56 %	0,56 %
Total	0.44 %	0.44 %	1,53 %	1,53 %