



TSA 47 371  
34 186 MONTPELLIER Cedex 4  
Tél : 09.77.40.06.80

ACCORD DEPARTEMENTAL DU  
04 DECEMBRE 2015 QUI SE SUBSTITUE A L'ACCORD  
DU 11 SEPTEMBRE 2009 RELATIF A LA PROTECTION  
SOCIALE COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR  
LES SALARIES NON AFFILIES A L'AGIRC DU VAR

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

Contrat d'assurance collective du régime de Prévoyance :  
n° CRI2010019P/00

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'effet retenue du contrat d'adhésion : \_\_\_\_\_

BULLETIN 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 du contrat d'adhésion : \_\_\_\_\_

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de \_\_\_\_\_ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup>  
déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance référencé ci-dessus, au profit de  
l'ensemble du personnel non affiliés à l'AGIRC relevant du champ d'application de l'Accord du 04 décembre à la  
protection sociale complémentaire prévoyance pour les salariés, non affiliés à l'AGIRC, ayant au moins six mois  
d'ancienneté continue et révolue du Var, auprès d'Humanis Prévoyance en vue d'appliquer les dispositions du régime  
Prévoyance instauré par l'Accord précité.

*(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](mailto: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<sup>er</sup> 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 Var – PREV – 01.2016 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI – Accord Var – 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)

**ACCORD DEPARTEMENTAL DU  
04 DECEMBRE 2015 RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE  
COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR LES SALARIES NON  
AFFILIES A L'AGIRC DU VAR**

**ANNEXE I – COTISATIONS**

**CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE  
REGIME DE PREVOYANCE  
CRI2010019P/00**

- Participants ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue :

Garanties	Employeur	Salarié	Ensemble
Décès PTIA	0,29%		0,29%
Allocation obsèques	0,03%		0,03%
Incapacité temporaire de travail		0,45%	0,45%
Incapacité permanente de travail	0,05%		0,05%
Invalidité	0,11%	0,03%	0,14%
	0,48%	0,48%	0,96%