

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

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° CCN003100/02 –
CCN930100S-A – CCN930100S/P-A**

N° Entreprise : _____
Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

CONTRAT D'ADHESION

REGIME FRAIS DE SANTE

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 socle 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.
L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du régime conventionnel référencées
« CONDITIONS GENERALES – REGIME CONVENTIONNEL SANTE – ENSEMBLE DU PERSONNEL 01-2016 -CCN-BAD –
MAJ Mars 2017 » (ou figurent les garanties) ainsi que la notice d'information « NOTICE D'INFORMATION – REGIME
CONVENTIONNEL SANTE – ENSEMBLE -01-2016 - CCN-BAD – MAJ Mars 2017 ». Les cotisations Frais de santé (du régime
de base obligatoire) figurent en annexe.

L'Employeur
Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

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

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.

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.

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

ANNEXE I – COTISATIONS

CCN003100/02 - CCN930100S-A - CCN930100S/P-A

A effet du 1^{er} janvier 2017, les taux de cotisations Frais de Santé exprimés forfaitairement (toutes taxes comprises), sont répartis comme suit :

REGIME DE BASE PRIME EN POURCENTAGE DU PMSS

Cotisation Mensuelle (valable pour le salarié seul) :

Régime Sécurité sociale	Montant	Part employeur	Part salarié
Régime Général	1,301	50%	50%
Régime Alsace-Moselle	0,844		