

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCEContrat d'assurance collective du régime frais de santé :
« **Contrat socle collectif obligatoire** » : n° **CRI2010004S/00 –
CRI201004S/01**

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue du contrat d'adhésion : _____

BULLETIN D'ADHÉSION**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° 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 ⁽¹⁾
déclare souscrire le présent contrat d'adhésion au régime complémentaire frais de santé mis en place par l'accord du
03/07/2009 au profit des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles de la Région Centre,
auprès d'Humanis Prévoyance et AGRI Prévoyance.

> ENGAGEMENTS

Le contrat d'adhésion est souscrit à la date d'effet mentionnée par HUMANIS PREVOYANCE ci-dessus. L'entreprise
reconnait avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent bulletin d'adhésion et les
conditions générales référencées « CG-Accord CENTRE – FS – 01.2016 » où figurent les garanties) et avoir reçu la
notice d'information référencée « NI – Accord CENTRE. – FS – 01.2016 ».

Un double du bulletin d'adhésion vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance.

L'entreprise

Pour le compte d'HUMANIS PREVOYANCE ET AGRI
PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

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.

ACCORD DEPARTEMENTAL DU 03 JUILLET 2009 CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE LA REGION CENTRE

ANNEXE I – COTISATIONS

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE » CRI2010004S/00-CRI2010004S/01

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
Régime de Sécurité sociale	
Participant seul	0,91 %
Participant dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur - CRI2010004S/01	
Participant seul	0,91 %