

## CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT

Contrat Niveau A : CCN024100  
Contrat Niveau B : CCN024100 / CCN024101  
Contrat Niveau C : CCN024100 / CCN024102  
Contrat Niveau D : CCN024100 / CCN024103

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'effet retenue de l'adhésion : 01/.../.....

### CONTRAT D'ADHESION REGIME FRAIS DE SANTE Ensemble du Personnel

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 : \_\_\_\_\_

Relève de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant  
Ou  Applique volontairement la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant, et la commission paritaire nationale de prévoyance instituée par l'article 2.3.4 de la CCN autorise la présente adhésion.

IDCC si application volontaire de la CCN : \_\_\_\_\_

Effectif concerné à la date de l'adhésion : \_\_\_\_\_

Déclaration d'ouverture du rectorat de : \_\_\_\_\_ En date du : \_\_\_\_\_

Sous le numéro UAI / RNE<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

#### > ADHESION

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ muni de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(2)</sup> déclare adhérer au contrat d'assurance collectif régime de base obligatoire et garanties optionnelles au profit de l'ensemble du personnel, à Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime frais de santé de l'accord paritaire national en date du 4 juillet 2017, se substituant au régime de frais de santé instauré par l'accord national du 22 septembre 2015 de la Convention collective nationale de l'Enseignement Privé Indépendant.

#### > GARANTIES ET COTISATIONS

##### REGIME DE BASE COLLECTIF OBLIGATOIRE

L'employeur déclare retenir comme **niveau de garanties** <sup>(3)</sup> au titre du régime de base obligatoire frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant :

- NIVEAU A (4)
- NIVEAU B (5)
- NIVEAU C (5)
- NIVEAU D (5)

L'employeur déclare retenir comme **structure de cotisations** <sup>(3)</sup>

- Tarif Famille (Unique)
- Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille

Le contrat d'assurance du régime frais de santé de l'enseignement privé indépendant prévoit la possibilité d'étendre la couverture des garanties aux ayants droit (Cf. Conditions Générales mentionnées ci-dessous) sous réserve d'en faire la demande via le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le N°410 005 110 – Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet 75014 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75009 Paris

Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

TOURNEZ SVP ▶

## GARANTIES OPTIONNELLES COLLECTIVES FACULTATIVES

Les garanties optionnelles retenues dépendent des garanties retenues par l'entreprise au titre du régime de base frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant assuré par Humanis Prévoyance :

Niveau de garanties retenu au titre du régime de base frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant	Niveau de garanties retenues au titre des options facultatives
NIVEAU A	NIVEAU B, NIVEAU C ET NIVEAU D <sup>(6)</sup>
NIVEAU B	NIVEAU C ET NIVEAU D <sup>(6)</sup>
NIVEAU C	NIVEAU D

La structure de cotisations est strictement identique au régime de base obligatoire soit :

- Tarif Famille (Unique)
- Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille

- 1) Joindre le justificatif ou la Déclaration d'ouverture auprès du rectorat si pas de numéro UAI / RNE.
- 2) 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.
- 3) *Cochez en fonction de votre souhait. Le niveau de garanties (un seul choix possible) et la structure de cotisations retenus par l'entreprise s'appliquent à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties accompagné le cas échéant d'un changement de structure de cotisations est possible à effet du 1<sup>er</sup> janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.*
- 4) Le niveau de garanties « NIVEAU A » correspond à la couverture obligatoire du régime professionnel de santé conventionnel.
- 5) Ces NIVEAUX comprennent la couverture obligatoire du régime professionnel de santé conventionnel soit le NIVEAU A.
- 6) Le choix du niveau de garanties au titre des options est effectué par l'Assuré sur son Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

### > ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi). En tout état de cause, les adhésions ne seront effectives qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance.

L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat et de son annexe (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN EPI-santé-2018 » où figurent les garanties), ainsi que des notices d'information « NI-CCN EPI santé-2018 » et « F17S0494 PJ » (notice d'information Assistance) à remettre obligatoirement aux salariés.

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (et cachet)

Le Directeur

Signature (et cachet)

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à [contact-cnill@humanis.com](mailto:contact-cnill@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT CCN024100 – CCN024101 – CCN024102 – CCN024103

## ANNEXE : COTISATIONS

Les cotisations sont maintenues pour une période de trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2020 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.

en % PMSS	NIVEAU A		NIVEAU B		NIVEAU C		NIVEAU D	
	RG	RL	RG	RL	RG	RL	RG	RL
<b>Structure de cotisation Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille</b>								
salarié seul obligatoire	0,98	0,36	1,60	0,97	1,91	1,28	2,27	1,65
<b>Structure de cotisation Tarif Famille (Unique)</b>								
famille obligatoire	1,77	0,66	2,91	1,78	3,47	2,33	4,10	3,00

RG : régime général

RL : régime local d'Alsace-Moselle

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale