

Adhésion Modification d'adhésion**Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE**

N° Entreprise : _____

Contrat socle collectif facultatif n° **CRI2010012S/02**

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

**CONTRAT SOCLE
COLLECTIF FACULTATIF
FRAIS DE SANTE**

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIRET : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare, adhérer au profit des ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire n°CRI2010012S/00-CRI2010012S/01** au présent contrat ci-dessus référencé, assuré par Humanis Prévoyance.

Catégorie	Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 7 octobre 2009 précité et relevant de la Convention Collective Nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) ayant moins de trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise
	Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire n°CRI2010012S/00-CRI2010012S/01 et le cas échéant ayants droit du personnel non affiliés à l'AGIRC ayant moins de trois mois d'ancienneté

> ENGAGEMENTS

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/Lot Fac/FS 01.16 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI/HP/Lot Fac socle/FS 01.16 ».

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

L'entreprise

HUMANIS 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 7 OCTOBRE 2009 CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DU LOT

ANNEXE I – COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF CRI2010012S/02

Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 7 octobre 2009 précité et relevant de la Convention Collective Nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) ayant moins de trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
Participant seul	0,72 %

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié

Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2010012S/00-CRI2010012S/01) ou des salariés non affiliés à l'AGIRC ayant moins de trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et affiliés au contrat socle collectif facultatif

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE DU REGIME FRAIS DE SANTE DE L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 7 OCTOBRE 2009 (N°CRI2010012S/00-CRI2010012S/01)

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
Famille *	+ 2,13 %
<i>(*) Quel que soit le nombre d'enfants</i>	

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.