

Adhésion

 Modification d'adhésion

**Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE**

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

 Contrat socle collectif facultatif n° **CRI2010010S/01 - CRI2010010S/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 <sup>(1)</sup> **déclare, adhérer** au  
 présent contrat ci-dessus référencé, assuré par Humanis Prévoyance, comme suit (*cochez en fonction de vos souhaits*) :

<b>Catégorie</b>	<b>Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 28 juillet 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</b>
	<b>Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire n°CRI2010010S/00-CRI2010010S/01 et le cas échéant ayants droit du personnel non affiliés à l'AGIRC ayant moins de trois mois d'ancienneté</b>

**> 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/MANCHE FAC/FS 01.16 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI/HP/MANCHE FAC/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.*

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé par l'adhérent par lettre simple auprès d'Humanis Prévoyance, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 SARAN Cedex, conformément aux dispositions de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et de la loi N° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

**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

# ACCORD DEPARTEMENTAL DU 28 JUILLET 2009 CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DE LA MANCHE

## ANNEXE I – COTISATIONS

### CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF CRI2010010S/01-CRI2010010S/02

Ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2010010S/00-  
CRI2010010S/01)

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE DU REGIME FRAIS DE SANTE DE  
L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 28 JUILLET 2009 (n°CRI2010010S/00-CRI2010010S/01)

<b>COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
<b>Famille</b>	<b>+ 1.55 %</b>

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.