



TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

**ACCORD DEPARTEMENTAL DU 27 NOVEMBRE 2009
CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON
AFFILIÉS À L'AGIRC DES EXPLOITATIONS
AGRICOLES DES PYRENEES ATLANTIQUES**

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

Contrat socle collectif facultatif n° **CRI2010016S/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°CRI2010016S/00-CRI2010016S/01** au présent contrat ci-dessus référencé, assuré par Humanis Prévoyance.

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

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 27 NOVEMBRE 2009 CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DES EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES ET HORTICOLES DES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEXE I – COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF CRI2010016S/02

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE DU REGIME FRAIS DE SANTE DE
L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 27 NOVEMBRE 2009 (N°CRI2010016S/00-CRI2010016S/01)

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
Conjoint	+ 1,06 %
Famille (conjoint + enfant)	+ 2,42 %
<i>(¹) gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i>	

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.