

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCEContrat d'assurance collective du régime frais de santé :
« **Contrat socle collectif obligatoire conventionnel** » : n°
CRI2010020S/00 –CRI20100020S/01

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'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 de l'adhésion : _____**> ADHESION**

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾
déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de
l'ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC et ayant au moins trois mois d'ancienneté continue et révolue dans
l'entreprise relevant du champ d'application de l'Accord départementale du 4 décembre 2015 instituant une assurance
complémentaire « frais de santé » pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC du VAR, en vue d'appliquer les
dispositions du régime Frais de santé instauré par l'Accord précité.

> 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-Accord Var. – FS – 01.2016 » où figurent les garanties) et avoir reçu la
notice d'information référencée « NI – Accord Var. – FS – 01.2016 ».

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

**Le contrat socle collectif non conventionnel n°CRI2010020S/02 prévoit la possibilité d'étendre la couverture
aux ayants droit des salariés.**

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

ACCORD DEPARTEMENTAL DU 4 DECEMBRE 2015 CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON AFFILIÉS À L'AGIRC DU VAR

ANNEXE I – COTISATIONS

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE CONVENTIONNEL » CRI2010020S/00-CRI2010020S/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	1,06 %
Participant dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur - CRI2010020S/01	
Participant seul	1,06 %