

**ACCORD DEPARTEMENTAL DU 7 OCTOBRE 2009
CONCERNANT LES SALARIÉS AGRICOLES NON
AFFILIÉS À L'AGIRC DU LOT**



TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à HUMANIS PREVOYANCE

N° Entreprise : _____

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif n°: **CRI2010012S/04**

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

**CONTRAT
SURCOMPLEMENTAIRE
COLLECTIF FACULTATIF
GARANTIES FRAIS DE SANTE
COMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME
CONVENTIONNEL ET/OU DU CONTRAT SOCLE
COLLECTIF FACULTATIF**

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
présent contrat⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance, comme suit (*cochez en fonction de vos souhaits*) :

Catégorie	<input type="checkbox"/>	Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 7 octobre 2009 précité non affilié à l'AGIRC bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire (n°CRI2010012S/00)
	<input type="checkbox"/>	Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 7 octobre 2009 précité non affilié à l'AGIRC bénéficiant du contrat socle collectif obligatoire pour les dispositions de maintien facultatif des garanties (n°CRI2010012S/01)
	<input type="checkbox"/>	Ayants droit bénéficiant du contrat socle collectif facultatif (n°CRI2010012S/02)
	<input type="checkbox"/>	Personnel relevant du champ d'application de l'Accord du 7 octobre 2009 ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et bénéficiant du contrat socle collectif facultatif (n°CRI 2010012S/01)

> 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 surcomplémentaire/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 SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF » CRI2010012S/04

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES:

- DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE
- DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE POUR LES DISPOSITIONS DE MAINTIEN DE GARANTIES FACULTATIF
- DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF

Régime de Sécurité sociale	Option 1
Participant seul	+ 0,21 %
Famille	+ 0,47 %

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié