

Régime Prévoyance | Accord régional du 10 septembre 2009 au profit des salariés non affilié à l'AGIRC des exploitations forestières des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure

ENTREPRISE

Raison sociale

Siren/Siret Code NAF

Forme juridique

Date de création Nature de l'activité

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Télécopie

e-mail @

Correspondance à adresser à

 N° ENTREPRISE

 Date d'effet de l'adhésion

Contrat n° CRI2010028P/00

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHESION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Joignez un justificatif sur la nature de votre activité (formulaire type extrait Kbis de moins de 3 mois).
- 3- **Datez et signez votre bulletin d'adhésion.**
- 4- Transmettez le tout à l'adresse figurant en bas de ce document.

POPULATION COUVERTE

Personnel non affilié à l'AGIRC

 Effectif concerné à la date d'adhésion

 Date d'adhésion

Seule la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion fait foi.

COTISATIONS

Le taux global d'appel des cotisations (employeur et salarié) destinées au financement des prestations définies par l'accord est de 0,84 % du salaire brut tranche A (0,34 % part salarié / 0,50 % part employeur).

GARANTIES

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires⁽¹⁾, déclare adhérer à titre obligatoire, au profit de ses salariés non affiliés à l'AGIRC, à Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions de l'accord régional précité et conformément au contrat d'assurance et de gestion administrative conclu entre les partenaires sociaux négociateurs de l'accord et Humanis Prévoyance. L'entreprise reconnaît avoir pris connaissance du présent bulletin et avoir reçu la notice d'information référencée NI - Accord régional 10 septembre 2009 mod. - PREV - Mai 2015. Un double du bulletin d'adhésion vous confirmant votre adhésion au régime et sa date d'effet vous sera retourné par Humanis Prévoyance.

Déclaration des risques en cours :

L'entreprise a-t-elle, à la date de signature du présent bulletin, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail⁽²⁾ ?

- Non : si cette situation venait à être modifiée, avant la date d'effet de l'adhésion, l'entreprise s'engage à informer directement notre organisme.
- Oui : dans ce cas, vous devez obligatoirement remplir le document intitulé "Déclaration de reprise de passif". Les garanties Prévoyance figurent au verso du présent bulletin.

(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. (2) Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité.

A le

Signature du dirigeant (précédée de la mention "lu et approuvé")
Cachet de l'entreprise

Signature et cachet d'Humanis Prévoyance

VOS GARANTIES PREVOYANCE

Vos garanties	Prestations en pourcentage du salaire tranche A (TA)								
Décès toutes causes	En cas de décès du salarié, quelle que soit son ancienneté , Humanis Prévoyance verse au(x) bénéficiaires un capital égal à : Participant, Célibataire, Veuf ou Divorcé > 100 % du Salaire de référence TA Participant Marié ou lié par un PACS > 150 % du Salaire de référence Majoration par enfant à charge > 25 % du Salaire de référence								
Maintien de salaire pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	<p>Franchise : Maladie et accident de la vie professionnelle : néant Autres arrêts (y compris l'accident de trajet) : 7 jours.</p> <p>• Montant de l'indemnisation sur 12 mois (durée en jours calendaires) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ancienneté</th> <th>90% du Salaire de référence TA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 mois à 18 ans</td> <td>100 jours</td> </tr> <tr> <td>18 ans à 31 ans</td> <td>140 jours</td> </tr> <tr> <td>31 ans et plus</td> <td>160 jours</td> </tr> </tbody> </table> <p>En cas de réduction des prestations de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) notamment dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail, l'Institution ne compense pas la baisse des prestations. La durée totale d'indemnisation mentionnée dans le tableau ci-dessus tient compte des indemnités déjà versées au titre du régime durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré.</p>	Ancienneté	90% du Salaire de référence TA*	6 mois à 18 ans	100 jours	18 ans à 31 ans	140 jours	31 ans et plus	160 jours
Ancienneté	90% du Salaire de référence TA*								
6 mois à 18 ans	100 jours								
18 ans à 31 ans	140 jours								
31 ans et plus	160 jours								
Relais du maintien de salaire pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	Dès le dernier jour d'arrêt de travail ayant donné lieu à indemnisation au titre du maintien de salaire tel que défini ci-dessus, versement d'une indemnité égale à : 15 % du salaire de référence TA**								
Invalidité et incapacité Permanente pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	<p>• Maladie et accident de la vie privée : 2^{ème} et 3^{ème} catégorie : 15 % du salaire de référence TA **</p> <p>• Maladie et accident de la vie professionnelle : Taux d'IPP supérieur ou égal à 66,66 % : 15 % du salaire de référence TA **</p>								

* sous déduction des prestations brutes (avant prélèvements sociaux) versées par la MSA ** en sus des prestations versées par la MSA

LISTE DES SALARIES ET ANCIENS SALARIES DE L'ENTREPRISE EN ARRÊT DE TRAVAIL à la date d'effet de l'adhésion

Nom	Prénom	N°d'assuré social	Date de l'arrêt de travail	Date de mise en invalidité	Date de rupture du contrat de travail	Indemnités journalières ou rentes mensuelles ⁽¹⁾
↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Précisez, le cas échéant, la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

INSTITUTION DE PREVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR précédent versant des indemnités journalières ou rentes d'invalidité à ces salariés en arrêt de travail

Nom

Adresse

Code postal Ville Tél.