

BULLETIN D'ADHESION CONTRAT STANDARD

Adhésion Modification d'adhésion



Régime de frais de santé | Ensemble du personnel CCN des organismes gestionnaires de foyers et services pour Jeunes Travailleurs

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Effectif concerné à la date d'adhésion

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat : CCN 508 100
Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER VOTRE ADHESION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez votre bulletin d'adhésion.
- 3- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois précisant la nature de votre activité ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4- Envoyez-le tout à l'adresse figurant au verso de ce document.

COTISATIONS

Cotisation mensuelle en euros	Régime Général	Régime local Alsace-Moselle
Taux Groupe	77 €	43 €

ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de⁽¹⁾ déclare adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés justifiant d'une ancienneté de plus de 60 jours au contrat référencé ci-dessus auprès d'Humanis Prévoyance en vue d'appliquer les dispositions du régime de Prévoyance instauré par le chapitre XVIII de la Convention collective nationale des Organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs.

Le contrat est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les cotisations figurent en annexe au présent bulletin d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion et les Conditions Générales référencées «CG-CCN FSJT-santé-janvier 2015» où figurent les garanties) et la notice d'information « NI- CCN FSJT-Santé».

(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.

Fait à le

L'entreprise
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.