

Adhésion

 Modification d'adhésion

Centre de Gestion :  
Humanis Prévoyance  
TSA 77374  
34186 Montpellier CEDEX 4  
09 69 32 21 34

## CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF

**GARANTIES FRAIS DE SANTE  
COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT  
SOCLE OBLIGATOIRE DU REGIME  
CONVENTIONNEL**

### Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : \_\_\_\_\_  
N° Contrat : \_\_\_\_\_

- à adhésion collective obligatoire :
  - o Option 1 : CCN017301/00 – CCN017301/01
  - o Option 2 : CCN017302/00 – CCN017302/01
  - o Option 3 et 4 : CCN017304/00 – CCN017304/01
- à adhésion collective facultative :
  - o Option 1 et 2 : CCN017303
  - o Option 3 et 4 : CCN017305/00 – CCN017305/01

Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

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° SIREN : \_\_\_\_\_  
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 <sup>(1)</sup> **déclare, souscrire**  
au présent contrat<sup>(2)</sup> ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance, comme suit (cochez en fonction de vos souhaits) :

<b>Catégorie</b>		l'ensemble de son personnel	
		son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)	
		son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
		son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)	
		son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
<b>Type d'adhésion et niveau(x) de garantie(s)<sup>(3)(4)</sup></b>			
<b>Formule(s) surcomplémentaire(s) retenue(s)<sup>(5)</sup></b>		<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> A adhésion obligatoire <input type="checkbox"/> A adhésion facultative
		<input type="checkbox"/> Option 2	<input type="checkbox"/> A adhésion obligatoire <input type="checkbox"/> A adhésion facultative
		<input type="checkbox"/> Option 3 ou	<input type="checkbox"/> A adhésion obligatoire <input type="checkbox"/> A adhésion facultative
		<input type="checkbox"/> Option 4	

(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.

(2) Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » de la CCN de l'Hôtellerie de Plein Air assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

(3) Cochez le(s) contrat(s) choisi(s) en fonction du niveau de garanties et du type d'adhésion collective des salariés que vous souhaitez retenir. Un niveau d'option surcomplémentaire obligatoire ne peut être souscrit à la suite d'un niveau d'option surcomplémentaire facultatif.

(4) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du participant aura un caractère définitif.

(5) L'option surcomplémentaire 3 et 4 ne peut être souscrite seule. Elle vient obligatoirement en complément du Contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de la surcomplémentaire optionnelle 1 ou 2 à adhésion obligatoire. La cessation du contrat socle collectif obligatoire entraînera la cessation de l'option 3 ou 4 à la même date d'effet.

<b>Modalités d'appel de cotisations</b>	<b><u>Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire :</u></b>	<b><u>Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :</u></b>
	<input checked="" type="checkbox"/> Appel des cotisations auprès de l'entreprise <u>Extension aux membres de la famille :</u> <input type="checkbox"/> Appel des cotisations collectif (auprès de l'entreprise), <input type="checkbox"/> Appel des cotisations individuel (auprès du salarié)	<input type="checkbox"/> Appel des cotisations collectif (auprès de l'entreprise), <input type="checkbox"/> Appel des cotisations individuel (auprès du salarié)

**> ENGAGEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1<sup>er</sup> 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 contrat d'adhésion. L'employeur déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN HPA -santé-2016 » où figurent les garanties) ainsi que les notices d'information « NI-CCN HPA-santé- surcomplémentaire obligatoire MAJ Janvier 2016 » et « NI-CCN HPA -santé- surcomplémentaire facultatif MAJ Janvier 2016 ».

L'employeur  
 Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE  
 Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Le Directeur  
 Signature (et cachet)

Votre interlocuteur commercial : \_\_\_\_\_

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex par courriel à [contact-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@humanis.com). Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

## ANNEXE I – COTISATIONS 1/2

### « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF »

CCN017301/00 - CCN017301/01 - CCN017302/00 - CCN017302/01 - CCN017303 – CCN017304/00 – CCN017304/01  
– CCN017305/00 – CCN017305/01

### ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

## I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>		
	Option 1 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Option 2 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire
Participant seul	+ 0,13 %	+ 0,27 %
<b>Extension Facultative aux membres de la Famille</b>		
Conjoint	+ 0,15 %	+ 0,31 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,12 %	+ 0,25 %
<i>(1) gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>		

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

## II - Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)</i>						
	Option 3			Option 4		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 2 obligatoire
Participant seul	+ 0,59 %	+ 0,46 %	+ 0,32 %	+ 0,96 %	+ 0,83 %	+ 0,69 %
<b>Extension Facultative aux membres de la Famille</b>						
Conjoint	+ 0,68 %	+ 0,53 %	+ 0,37 %	+ 1,10 %	+ 0,95 %	+ 0,79 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,40%	+ 0,28 %	+ 0,15 %	+ 0,63 %	+ 0,51 %	+ 0,38 %
<i>(1) gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>						

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

## ANNEXE I – COTISATIONS 2/2

### « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF »

CCN017301/00 - CCN017301/01 - CCN017302/00 - CCN017302/01 - CCN017303 – CCN017304/00 – CCN017304/01  
– CCN017305/00 – CCN017305/01

#### ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

#### I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)			
	Option 1 souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Option 2	
		Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire
Participant seul	+ 0,16 %	+ 0,32 %	+ 0,19 %
<b>Extension Facultative aux membres de la famille</b>			
Conjoint	+ 0,18 %	+ 0,37 %	+ 0,22 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,14 %	+ 0,30 %	+ 0,18 %
<sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant			

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

#### II - Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 269 euros en 2017)						
	Option 3			Option 4		
	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 2 obligatoire	Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 1 obligatoire	Souscrite en complément de l'option surcomplément- aire 2 obligatoire
Participant seul	+ 0,69 %	+ 0,56 %	+ 0,42 %	+ 1,11 %	+ 0,98 %	+ 0,84 %
<b>Extension Facultative aux membres de la famille</b>						
Conjoint	+ 0,79 %	+ 0,64 %	+ 0,48 %	+ 1,27 %	+ 1,12 %	+ 0,96 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,45%	+ 0,33 %	+ 0,20 %	+ 0,73 %	+ 0,61 %	+ 0,48 %
<sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant						

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.