

Adhésion Modification d'adhésion

Régime Frais de Santé | Convention Collective Nationale de l'Animation

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

Relève de la Convention Collective Nationale de l'Animation

Applique volontairement la Convention Collective Nationale de l'Animation
(Cocher la case correspondante)

Effectif assuré à la date d'adhésion

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat d'assurance collective

CCN019100 / CCN019101

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE 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 ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4- Envoyez-le tout à l'adresse indiquée au verso.

COTISATIONS EN % DU PMSS (Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 € en 2016)

Régime de Sécurité sociale	Régime Général			Régime local Alsace Moselle		
Contrat d'assurance collective						
Cotisation du participant	Part Salariale	Part Patronale	Total	Part Salariale	Part Patronale	Total
Salarié seul	0,47 %	0,47 %	0,94 %	0,21 %	0,21 %	0,42 %
Extension facultative aux membres de la famille du participant						
Cotisations supplémentaires	Part Salariale	Part Patronale	Total	Part Salariale	Part Patronale	Total
Conjoint	+1,08 %	/	+1,08 %	+0,48 %	/	+0,48 %
Enfant à charge (1)	+0,70 %	/	+0,70%	+0,34 %	/	+0,34 %

(1) Gratuité à compter du 3^è enfant.



ENGAGEMENT

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de⁽¹⁾ déclare adhérer au contrat d'assurance collective du régime frais de santé référencé ci-dessus, au profit de l'ensemble du personnel, à Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime frais de santé instauré par l'avenant n°155 du 20 octobre 2015 de la Convention Collective Nationale de l'Animation.

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance.

Les cotisations figurent ci-dessus. L'employeur déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le bulletin d'adhésion et les Conditions Générales) ainsi que la notice d'information.

Le contrat d'assurance collective du régime prévoit la possibilité d'étendre la couverture des garanties aux ayants droit (cf Conditions Générales mentionnées ci-dessus).

(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'employeur
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 Debaq, 45 777 SARAN Cedex.