

Adhésion Modification d'adhésion

Frais de Santé | CCN des Commissaires - Priseurs Judiciaires et Opérateurs de Ventes Volontaires - Contrat surcomplémentaire collectif - Garanties complémentaires à celles du régime conventionnel

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

Effectif assuré à la date d'adhésion

N° ENTREPRISE

Contrat : CCN016102

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **Datez 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 suivante :
Humanis
348 rue Puech Villa
BP 7209
Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4

ADHÉSION ET COTISATIONS

Catégorie (1)	<input type="checkbox"/> L'ensemble de son personnel	
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)	
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> Son personnel Non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)	
Type d'adhésion (1)	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié <i>Appel des cotisations auprès de l'entreprise</i>	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié (3) <i>Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)</i>
	<input type="checkbox"/> Appel de cotisations du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale	
	<input type="checkbox"/> individuel (auprès du salarié) <input type="checkbox"/> collectif (auprès de l'entreprise)	
Garanties Retenues (1)	<input type="checkbox"/> Option 1 (4) ou <input type="checkbox"/> Option 2 (4)	<input type="checkbox"/> Option 1 et Option 2

(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 ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collectif du régime frais de santé "contrat socle collectif obligatoire" de la CCN des Commissaires Priseurs Judiciaires et des Opérateurs de Ventes Volontaires assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

(3) 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.

(4) Le niveau de garanties retenu par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

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

	Option 1 tarif (% PMSS)	Option 2 tarif (% PMSS)
Famille au sens de la Sécurité sociale (n° CCN016102/00)	+ 0,51 %	+ 1,24 %
Contrats de travail suspendus (uniquement pour le salarié - n°CCN016102/02)	+ 0,36 %	+ 0,87 %
Extension facultative aux membres de la famille du salarié		
Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale (n°CCN016102/01)	+ 0,39 %	+ 0,95 %

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 269 euros en 2017.



ENGAGEMENT

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare adhérer** au présent contrat surcomplémentaire ⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance.

Le contrat d'adhésion 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 du contrat figurent 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 Commissaires - Priseurs-santé-2016 » où figurent les garanties) ainsi que la notice d'information « NI-CCN Commissaires - Priseurs-santé-2016-surcomplémentaire collectif ».

(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) Le contrat surcomplémentaire collectif 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 des commissaires - priseurs judiciaires et des opérateurs de ventes volontaires assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

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 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 ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.