BULLETIN D'ADHÉSION

☐ Adhésion ☐ Modification d'adhésion

Régime de frais de santé | CCN des Missions locales et PAIO

ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Email @

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 à adhésion collective obligatoire : CCN025100 et CCN025101

Date effet de l'adhésion :

01

Nom du commercial

POUR FACILITER VOTRE ADHÉSION

1- **Ecrivez en lettres capitales.**
3- **Datez et signez votre bulletin d'adhésion.**
4- **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.**
5- **Envoyez-le tout à l'adresse figurant au bas de ce document.**

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

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Participant seul	+ 1,55 %	+ 0,93 %
Famille	+ 2,81 %	+ 1,69 %
Extension facultative : conjoint non à charge	+ 1,70 %	+ 1,02 %

Les cotisations sont maintenues pour une période de trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2018 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

ENGAGEMENT

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par agissant en qualité de muni de tous les pouvoirs nécessaires(1) déclare adhérer au contrat d'assurance collective obligatoire 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'Accord du 15 octobre 2015 de la Convention Collective Nationale des Missions Locales et PAIO.

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1er 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.

L'employeur déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le présent contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN Missions Locales-santé-2016 » où figurent les garanties) ainsi que la notice d'information « NI-CCN Missions Locales-santé-2016 ».

(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 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.

IMP1981-02HUMANISP05-16 • **Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.