

Adhésion Modification d'adhésion

Régime de frais de santé | Contrat surcomplémentaire - 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 :
CCN025103

Contrat à adhésion collective facultative :
CCN025104

Date effet de l'adhésion :

Nom du commercial

POUR FACILITER VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 3- Dated 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.

ADHÉSION

Catégorie

- Ensemble du personnel
- Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Type d'adhésion

- Adhésion collective obligatoire du salarié (appel des cotisations auprès de l'entreprise)
- Adhésion collective facultative du salarié⁽¹⁾ Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise)
- Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)

L'Option retenue par l'entreprise s'applique à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée

(1) 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.



ENGAGEMENT

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par agissant en qualité de muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare adhérer au présent contrat⁽²⁾ ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance, comme indiqué ci-dessus.

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du contrat (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 (le 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- surcomplémentaire collectif-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.

(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 des Missions Locales et PAIO assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

Fait à le

L'entreprise
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

COTISATIONS

Cotisations complémentaires à celles du contrat socle collectif obligatoire du régime frais de santé conventionnel des missions locales et paio

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire

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	+ 0,46 %	+ 0,46 %
Famille	+ 0,84 %	+ 0,84 %
EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT NON A CHARGE		
Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale	+ 0,51 %	+ 0,51 %

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative

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	+ 0,55 %	+ 0,55 %
Famille	+ 1,01 %	+ 1,01 %
EXTENSION FACULTATIVE AU CONJOINT NON A CHARGE		
Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale	+ 0,61 %	+ 0,61 %

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.

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.