

# BULLETIN D'ADHÉSION

Adhésion

Modification d'adhésion



## Frais de Santé | CCN des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat (EEP SANTÉ) - Contrat standard surcomplémentaire collectif Option 3 - Garanties complémentaires à celles du régime socle obligatoire conventionnel, du régime Option 1 si il a été souscrit, et du régime Option 2

### > 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 : CCN018110 - CCN018111  
CCN018112 - CCN018113

Date effet de l'adhésion :

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 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 :

Humanis  
TSA 77374  
34186 Montpellier cedex4

### > ADHÉSION

<b>Catégories</b> <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>	<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)	
<b>Type d'adhésion</b> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Adhésion collective obligatoire du salarié Appel des cotisations auprès de l'entreprise	<input type="checkbox"/> Adhésion collective facultative du salarié <sup>(3)</sup> Appel de cotisation individuel (auprès du salarié)
<b>Structure de cotisations retenue</b> <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Famille <sup>(4)</sup> <input type="checkbox"/> Salarié/conjoint/enfant	

(1) Cochez en fonction de vos souhaits.

(2) Cette ou ces catégories de personnes sont nécessairement des Participants au titre du régime socle obligatoire conventionnel des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime 1 s'il a été souscrit et du régime option 2, assurés par Humanis Prévoyance. La résiliation du régime socle conventionnel 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) Cette structure de cotisation ne peut être choisie que dans le cadre d'une adhésion obligatoire et sous réserve que cette structure de cotisation ait été retenue au titre du régime socle conventionnel des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime Option 1 s'il a été souscrit et du régime Option 2.



## > COTISATIONS

### • Contrat surcomplémentaire collectif obligatoire Option 3

Les cotisations **sont complémentaires** à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime Option 1 le cas échéant, et du régime Option 2.

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle	
Structure de cotisations		
Salarié	+ 2,53 €	+ 2,53 €
Famille	+ 13,96 €	+ 11,30 €

Affiliation des ayants droit		
Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle	
Les cotisations correspondantes ci-dessous <b>s'additionnent</b> aux cotisations du salarié		
Conjoint	+ 5,33 €	
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 1,38 €	

(1) Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

**Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.**

### • Contrat surcomplémentaire collectif facultatif Option 3

Les cotisations **sont complémentaires** à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime Option 1 le cas échéant, et du régime Option 2.

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle	
Structure de cotisations		
Salarié	+ 7,40 €	

Affiliation des ayants droit		
Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle	
Les cotisations correspondantes ci-dessous <b>s'additionnent</b> aux cotisations du salarié		
Conjoint	+ 7,40 €	
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 4,00 €	

(1) Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

**Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.**

## > ENGAGEMENT

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par  agissant en qualité de  muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires <sup>(1)</sup> déclare adhérer au présent contrat ci-dessus référencé assuré par Humanis Prévoyance. Le contrat est souscrit à effet du 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 au présent contrat d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le contrat d'adhésion, les Conditions Générales « CG/HP/CCN EPSC/SANTE 12.15 » où figurent les garanties) et de la notice d'information « NI/HP/CCN EPSC/ SANTE 12.15 ».

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

*(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 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 Debaq - 45777 Saran Cedex ou 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.