Demande d'adhésion

Prévoyance
Personnel des Cabinets médicaux

Vauban Humanis Prévoyance

☐ **Nouvelle adhésion** ☐ **Modification / Complément d'adhésion** (N° d'adhérent : _____)

Exemplaire à retourner

• Demande d'adhésion de votre cabinet

Je, soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de l'entreprise, relevant de la Convention collective Nationale des Cabinets médicaux du 14 octobre 1981 et de son annexe 1 modifiée par l'avenant n°52 en date d'effet du 1er janvier 2010 suivante :

• Identification de votre cabinet

Forme juridique _____ Raison sociale _____

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____ Tél. _____

E-mail (facultatif) _____ Fax. _____

Effectif affilié _____ Date d'effet souhaitée* _____

Code NAF _____ N°SIRET _____

* la date d'effet de vos garanties sera celle apparaissant sur vos conditions particulières.

Demande l'adhésion de cette entreprise à Vauban Humanis Prévoyance, au titre des garanties prévues par ma convention collective, par la souscription du " Contrat d'adhésion-Personnel des Cabinets médicaux " dont je reconnais avoir reçu un exemplaire antérieurement à la présente adhésion et dont j'ai pris connaissance. Par cette adhésion, je deviens également membre adhérent de l'OCIRP (pour les garanties rente éducation et rente handicap, ainsi que pour la garantie rente viagère de conjoint des salariés cadres).

• Catégorie(s) de salariés dont je demande l'affiliation

Cochez la(les) case(s) correspondante(s):

☐ Cadres

Non cadres :

☐ Affiliation à partir d'un an d'ancienneté dans le cadre de leur contrat de travail
ou
☐ Demande d'affiliation dès le premier jour (avec suppression de la condition d'ancienneté)

• Taux de cotisations :

L'assiette des cotisations d'un participant correspond au salaire brut afférent à l'année d'affiliation considérée déclaré par l'employeur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu. Elle est limitée à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Taux de cotisation : 2% appelé à 1,80% pour les salariés non cadres.
2,50 % pour les salariés cadres à compter du 1er janvier 2010

La ventilation employeur/salarié doit respecter les stipulations de la convention collective (cf. article 13 de votre contrat pour rappel).

J'atteste l'exactitude des renseignements figurant sur le présent bulletin d'adhésion. Des réponses incomplètes ou inexactes entraîneraient la nullité de l'adhésion ou de l'affiliation, Je m'engage à communiquer à l'Institution les informations concernant les membres participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux qui interviennent dans la gestion et l'exécution de mon contrat. Sauf avis écrit contraire de la part des membres participants, elles pourront également être utilisées à des fins de prospections. En retour, les membres participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Relation Clients de Vauban Humanis Prévoyance (8 bd Vauban 59024 Lille cedex).

N'oubliez pas de joindre à cette demande d'adhésion la liste du personnel couvert.

Fait à _____ le _____

Signature et Cachet de l'entreprise

PRADH-026-V07 / Novembre 2009 - Service Communication Vauban Humanis - Exemplaire à retourner.

Demande d'adhésion

Prévoyance
Personnel des Cabinets médicaux

Vauban Humanis Prévoyance

☐ **Nouvelle adhésion** ☐ **Modification / Complément d'adhésion** (N° d'adhérent : _____)

Exemplaire à conserver

• Demande d'adhésion de votre cabinet

Je, soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de l'entreprise, relevant de la Convention collective Nationale des Cabinets médicaux du 14 octobre 1981 et de son annexe 1 modifiée par l'avenant n°52 en date d'effet du 1er janvier 2010 suivante :

• Identification de votre cabinet

Forme juridique _____ Raison sociale _____

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____ Tél. _____

E-mail (facultatif) _____ Fax. _____

Effectif affilié _____ Date d'effet souhaitée* _____

Code NAF _____ N°SIRET _____

* la date d'effet de vos garanties sera celle apparaissant sur vos conditions particulières.

Demande l'adhésion de cette entreprise à Vauban Humanis Prévoyance, au titre des garanties prévues par ma convention collective, par la souscription du " Contrat d'adhésion-Personnel des Cabinets médicaux " dont je reconnais avoir reçu un exemplaire antérieurement à la présente adhésion et dont j'ai pris connaissance. Par cette adhésion, je deviens également membre adhérent de l'OCIRP (pour les garanties rente éducation et rente handicap, ainsi que pour la garantie rente viagère de conjoint des salariés cadres).

• Catégorie(s) de salariés dont je demande l'affiliation

Cochez la(les) case(s) correspondante(s):

☐ Cadres

Non cadres :

☐ Affiliation à partir d'un an d'ancienneté dans le cadre de leur contrat de travail
ou
☐ Demande d'affiliation dès le premier jour (avec suppression de la condition d'ancienneté)

• Taux de cotisations :

L'assiette des cotisations d'un participant correspond au salaire brut afférent à l'année d'affiliation considérée déclaré par l'employeur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu. Elle est limitée à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Taux de cotisation : 2% appelé à 1,80% pour les salariés non cadres.
2,50 % pour les salariés cadres à compter du 1er janvier 2010

La ventilation employeur/salarié doit respecter les stipulations de la convention collective (cf. article 13 de votre contrat pour rappel).

J'atteste l'exactitude des renseignements figurant sur le présent bulletin d'adhésion. Des réponses incomplètes ou inexactes entraîneraient la nullité de l'adhésion ou de l'affiliation, Je m'engage à communiquer à l'Institution les informations concernant les membres participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux qui interviennent dans la gestion et l'exécution de mon contrat. Sauf avis écrit contraire de la part des membres participants, elles pourront également être utilisées à des fins de prospections. En retour, les membres participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Relation Clients de Vauban Humanis Prévoyance (8 bd Vauban 59024 Lille cedex).

N'oubliez pas de joindre à cette demande d'adhésion la liste du personnel couvert.

Fait à _____ le _____

Signature et Cachet de l'entreprise

PRADH-026-V07 / Novembre 2009 - Service Communication Vauban Humanis - Exemplaire à retourner.