



CS BRANCHE PRO
TSA 71501
59049 LILLE CEDEX
Tél. : 09 69 36 72 59

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT

Contrat Niveau A : CCN024100
Contrat Niveau B : CCN024100 / CCN024101
Contrat Niveau C : CCN024100 / CCN024102
Contrat Niveau D : CCN024100 / CCN024103

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : 01/.../.....

CONTRAT D'ADHESION REGIME FRAIS DE SANTE Ensemble du Personnel

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ E-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____

Relève de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant

Ou Applique volontairement la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant, et la commission paritaire nationale de prévoyance instituée par l'article 2.3.4 de la CCN autorise la présente adhésion.

IDCC si application volontaire de la CCN : _____

Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

Déclaration d'ouverture du rectorat de : _____ En date du : _____

Sous le numéro UAI / RNE⁽¹⁾ _____

> ADHESION

L'employeur, ci-dessus nommé, représenté par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽²⁾ déclare adhérer au
contrat d'assurance collectif régime de base obligatoire et garanties optionnelles au profit de l'ensemble du personnel,
à Malakoff Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime frais de santé de l'accord paritaire
national en date du 4 juillet 2017, se substituant au régime de frais de santé instauré par l'accord national du 22
septembre 2015 de la Convention collective nationale de l'Enseignement Privé Indépendant.

> GARANTIES ET COTISATIONS

REGIME DE BASE COLLECTIF OBLIGATOIRE

L'employeur déclare retenir comme **niveau de garanties** ⁽³⁾ au titre du régime de base obligatoire frais de santé de
l'Enseignement Privé Indépendant :

- NIVEAU A ⁽⁴⁾
- NIVEAU B ⁽⁵⁾
- NIVEAU C ⁽⁵⁾
- NIVEAU D ⁽⁵⁾

L'employeur déclare retenir comme **structure de cotisations** ⁽³⁾

- Tarif Famille (Unique)
- Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille

Le contrat d'assurance du régime frais de santé de l'enseignement privé indépendant prévoit la possibilité d'étendre
la couverture des garanties aux ayants droit (Cf. Conditions Générales mentionnées ci-dessous) sous réserve d'en
faire la demande via le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

GARANTIES OPTIONNELLES COLLECTIVES FACULTATIVES

Les garanties optionnelles retenues dépendent des garanties retenues par l'entreprise au titre du régime de base frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant assuré par Malakoff Humanis Prévoyance :

Niveau de garanties retenu au titre du régime de base frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant	Niveau de garanties retenues au titre des options facultatives
NIVEAU A	NIVEAU B, NIVEAU C ET NIVEAU D ⁽⁶⁾
NIVEAU B	NIVEAU C ET NIVEAU D ⁽⁶⁾
NIVEAU C	NIVEAU D

La structure de cotisations est strictement identique au régime de base obligatoire soit :

- Tarif Famille (Unique)
- Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille

- 1) Joindre le justificatif ou la Déclaration d'ouverture auprès du rectorat si pas de numéro UAI / RNE.
- 2) 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.
- 3) *Cochez en fonction de votre souhait. Le niveau de garanties (un seul choix possible) et la structure de cotisations retenus par l'entreprise s'appliquent à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties accompagné le cas échéant d'un changement de structure de cotisations est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.*
- 4) Le niveau de garanties « NIVEAU A » correspond à la couverture obligatoire du régime professionnel de santé conventionnel.
- 5) Ces NIVEAUX comprennent la couverture obligatoire du régime professionnel de santé conventionnel soit le NIVEAU A.
- 6) Le choix du niveau de garanties au titre des options est effectué par l'Assuré sur son Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

> ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi). En tout état de cause, les adhésions ne seront effectives qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance.

La rémunération perçue par le personnel Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture santé et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

Préalablement à la signature du présent contrat d'adhésion, l'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du Document d'information Produit, du présent contrat et de son annexe (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG-CCN EPI-santé-2018 » où figurent les garanties), la notice d'information « NI-CCN EPI santé-2018 » et les Conditions générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » référencées « Convention n°753734 », téléchargeables à l'adresse suivante : <http://univers.malakoffmederic.com/assistance-teleconsultation.html>. Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents en accepte les termes.

L'entreprise

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par AUXIA Assistance – Société anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le n°351 733 761 – Siège social : 21 rue Laffitte 75009 PARIS

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT
CCN024100 – CCN024101 – CCN024102 – CCN024103**

ANNEXE : COTISATIONS

Cotisations au 1^{er} janvier 2020

en % PMSS	NIVEAU A		NIVEAU B		NIVEAU C		NIVEAU D	
	RG	RL	RG	RL	RG	RL	RG	RL
Structure de cotisation Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille								
salarié seul obligatoire	1,00	0,37	1,74	1,11	2,12	1,49	2,61	1,98
Structure de cotisation Tarif Famille (Unique)								
famille obligatoire	1,77	0,66	3,14	2,03	3,81	2,70	4,68	3,57

RG : régime général

RL : régime local d'Alsace-Moselle

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale