

Régime frais de santé

Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la région Centre

> COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANT A VOTRE SITUATION

- Salarié non cadre n'ayant pas 9 mois d'ancienneté
- Salarié non cadre au contrat de travail suspendu (hors arrêt de travail) sans complément de salaire par l'employeur au-delà de la période de maintien de garantie gratuit de 3 mois (joindre une attestation de votre employeur avec les dates de début et fin du congé)
- Salarié bénéficiant du contrat obligatoire et souhaitant couvrir sa famille.
- Salarié bénéficiant du contrat obligatoire et souhaitant adhérer au régime optionnel.

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez l'autorisation de prélèvement automatique et au dos, la périodicité de votre cotisation, la couverture choisie et le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 3- **Joignez les pièces suivantes**
 - la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
 - votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
 - les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation ou de leurs ressources,
 - l'attestation de PACS,
 - votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.
- 4- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- 5- Dated, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :
Cria prévoyance
TSA 47371
34186 Montpellier Cedex 4

> VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET Date d'embauche

Fait le Cachet et signature de l'employeur

> VOTRE IDENTITE

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail

> VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre année

• Vous êtes salarié avec moins de 9 mois d'ancienneté ou avec un contrat de travail suspendu (hors arrêt de travail) non rémunéré par votre employeur
Vous choisissez (cochez les cases) :

■ La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant (3)	<input type="checkbox"/> Famille (votre conjoint et vos enfants)
Pour une cotisation mensuelle de >	0,93 % PMSS	+1,09 % PMSS	+0,75 % PMSS	+1,56 % PMSS

Ces pourcentages de cotisations sont établis pour la période 2010 à 2014.

■ La couverture régime optionnel facultatif (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) : > cochez Option A ou Option B :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant (3)	<input type="checkbox"/> Famille (votre conjoint et vos enfants)
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >	<input type="checkbox"/> Option A + 0,35 % PMSS	+ 0,42 % PMSS	+ 0,16 % PMSS	+ 0,51 % PMSS
	<input type="checkbox"/> Option B + 0,53 % PMSS	+ 0,59 % PMSS	+ 0,27 % PMSS	+ 0,82 % PMSS

Si vous choisissez en complément du régime de base, le régime optionnel, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux du régime de base.

Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 2 946 € pour 2011).

Ces pourcentages de cotisations (régime optionnel) sont établis pour 2011.

> VOTRE AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

COMpte A DEBITER

Codes			Clé
Etablissement	Guichet	N° du compte	R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date Signature

N° NATIONAL D'EMETTEUR 152.579

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Cria prévoyance - TSA 47371 - 34186 MONTPELLIER CEDEX 4

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

Adresse

Code postal Ville

Important : cette autorisation doit être obligatoirement complétée, signée et accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

• Vous êtes salarié bénéficiaire du régime obligatoire

Vous choisissez (cochez la case) :

■ La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants	<input type="checkbox"/> 1 enfant	<input type="checkbox"/> 2 enfants ⁽³⁾
Pour une cotisation mensuelle de >	+ 1,09 % PMSS	+ 1,56 % PMSS	+ 0,75 % PMSS	+ 1,50 % PMSS

Ces pourcentages de cotisations sont établis pour la période 2010 à 2014.

■ La couverture régime optionnel supplémentaire (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) : > cocher Option A ou Option B :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant (3)	<input type="checkbox"/> Famille (votre conjoint et vos enfants)
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de > <input type="checkbox"/> Option A	+ 0,35 % PMSS	+ 0,42 % PMSS	+ 0,16 % PMSS	+ 0,51 % PMSS
<input type="checkbox"/> Option B	+ 0,53 % PMSS	+ 0,59 % PMSS	+ 0,27 % PMSS	+ 0,82 % PMSS

Si vous choisissez en complément du régime de base, le régime optionnel, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux du régime de base.

Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 2 946 € pour 2011).

Ces pourcentages de cotisations (régime optionnel) sont établis pour 2011.

> BENEFCIAIRES A COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

Si vous souhaitez étendre vos garanties santé à votre conjoint et/ou vos enfants, remplissez le tableau ci-dessous.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Assuré social ⁽²⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser)		
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
3 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
4 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
5 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		

⁽¹⁾ ou partenaire lié par un PACS ou concubin - ⁽²⁾ sous lequel sont effectués les remboursements. ⁽³⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions contractuelles accompagnant ce bulletin.

Je joins à mon bulletin d'adhésion facultative les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse MSA et Cria prévoyance.

A le

Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la loi Informatique et Liberté 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.

Régime frais de santé

Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la région Centre

> DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Date d'effet de l'adhésion

La demande doit être faite à Cria prévoyance (dénommée ci-après « l'Institution ») par l'intermédiaire du correspondant mandataire de l'entreprise. La garantie prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'Institution (cachet de la poste faisant foi). En cas d'affiliation conjointe du salarié couvert à titre obligatoire et des membres de sa famille, la garantie prend effet à la même date.

Le choix du régime optionnel supplémentaire facultatif est définitif sauf en cas :

- de changement d'option pour un passage de l'option A à l'option B. La modification sera alors applicable au 1er janvier de l'année suivante,
- de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce ...). La modification sera applicable à compter du 1er jour du mois suivant la survenance de l'évènement.

Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

L'adhésion individuelle du participant et/ou de ses bénéficiaires se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier. Le participant peut toutefois résilier l'adhésion facultative au 31 décembre en adressant à l'Institution (avec copie à l'employeur) une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre. Aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par l'Institution par la suite.

Elle peut également cesser dans les cas suivants :

- lorsque le régime conventionnel n'est plus en vigueur auprès de l'entreprise adhérente,
- à la date de résiliation de l'entreprise adhérente suite à cessation d'activité ou disparition d'entreprise,
- à la date de dénonciation de l'Accord régional référencé ci-dessus,
- à la date à laquelle le participant ne fait plus partie de l'effectif de l'entreprise,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions ci-dessous,
- **et en tout état de cause, lorsque le participant ne remplit plus les conditions posées à la catégorie assurée et notamment lorsqu'il remplit la condition d'ancienneté prévue pour bénéficier, à titre obligatoire, du régime Frais de Santé conventionnel.**

Cotisations

A compter de 2015 pour le régime conventionnel et à compter de 2011 pour le régime optionnel, la cotisation est indexée au 1er janvier de chaque année en fonction de l'indice national de la consommation médicale totale (moyenne sur les trois dernières années) pour maintenir l'équilibre du régime. L'indexation ne sera pas appliquée si les résultats du régime et l'évolution de la réglementation ne la justifient pas.

Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent leur échéance. A défaut de paiement passé ce délai, l'adhésion individuelle du participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure restée infructueuse.

Garanties souscrites

Les garanties souscrites sont celles mentionnées à l'Accord régional du 3 juillet 2009 et son avenant du 29 mars 2010 sur une protection complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la région Centre, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord s'appliqueront automatiquement à la présente adhésion.

Document à conserver en votre possession