

## 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

- Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif SS ou MSA)
- Ancien salarié privé d'emploi ou bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement (joindre la notification du Pôle Emploi)
- Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite (joindre la notification de retraite ou notification du Pôle Emploi)
- Ayant droit précédemment garanti par le salarié décédé.

### > VOTRE ANCIEN EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET

Date de rupture du contrat de travail

### > 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

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

Contrat n° CRI2010004S/03 et 05

#### 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**
  - le justificatif propre à votre situation
  - 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- Dated, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :  
**Cria Prévoyance**  
Service Développement Individuel  
TSA 42222  
92246 Malakoff Cedex

### > 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	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

COMpte A DEBITER			Clé R.I.B.
Codes Etablissement	Guichet	N° du compte	
<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 <b>Cria prévoyance - TSA 47371 - 34186 MONTPELLIER CEDEX 4</b>
---

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	
Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/> Ville <input type="text"/>

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

## > VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE (cochez couverture base et/ou régime optionnel > option A ou option B)

Périodicité de prélèvement choisie  mois  trimestre  année. Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

Couverture de base :	Participant	Conjoint	Par enfant (3)
> Ancien salarié retraité ou préretraité	1.40% du PMSS	+ 1.58% du PMSS	+ 0.75% du PMSS
> Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, privé d'emploi et bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement,	1.12% du PMSS <small>(0,93% du PMSS durant les 3 premiers mois)</small>	+ 1.31% du PMSS	+ 0.75% du PMSS
> Ayant droit d'un salarié décédé	1.12% du PMSS		+ 0.75% du PMSS

Cotisations en % du PMSS	<input type="checkbox"/> option A			<input type="checkbox"/> option B		
	Participant	Conjoint	Par enfant (3)	Participant	Conjoint	Par enfant (3)
> Ancien salarié retraité ou préretraité	+ 0,53%	+ 0,63%	+ 0,16%	+ 0,80%	+ 0,89%	+ 0,27%
> Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, privé d'emploi et bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement	+ 0,42%	+ 0,51%	+ 0,16%	+ 0,64%	+ 0,71%	+ 0,27%
> Ayant droit d'un salarié décédé	+ 0,42%		+ 0,16%	+ 0,64%		+ 0,27%

Si vous choisissez en complément de la couverture de base, la couverture optionnelle, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux de la couverture 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).

## > 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 <sup>(2)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<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 <sup>er</sup> 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 <sup>ème</sup> 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 <sup>ème</sup> enfant <sup>(3)</sup>	<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 partir du 3ème enfant.

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

Je joins à mon bulletin individuel d'adhésion 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 du contrat

Le contrat individuel prend effet au plus tard au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par Cria prévoyance (dénommée ci-après «l'Institution») (cachet de la poste faisant foi).

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.

Le participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où il est informé que le contrat a pris effet, pour annuler son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Institution, selon le modèle suivant : «*Je, soussigné(e).. domicilié(e).. déclare renoncer à mon contrat individuel Frais de santé ayant pris effet le .././... et demande le remboursement de la cotisation versée, soit ..... euros, sous déduction des prestations éventuellement versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi. Fait à .., le.., [signature] »*. A adresser à Cria Prévoyance - Service Développement Individuel - TSA 42222 - 92246 Malakoff Cedex.

#### Durée, renouvellement et cessation du contrat

Le contrat individuel se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1er janvier. Le participant peut toutefois résilier son contrat au 31 décembre en adressant à l'Institution une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre. Aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par l'Institution par la suite.

#### Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent leur échéance. A défaut de paiement passé ce délai, le contrat individuel du participant pourra être résilié 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 sur une protection complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la région Centre ainsi qu'à l'avenant à l'accord du 29 mars 2010, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord et de ses annexes s'appliqueront automatiquement au présent contrat.

Document à conserver en votre possession