

BULLETIN D'ADHESION FACULTATIVE

Adhésion Modification d'adhésion

Régime frais de santé

Accord départemental « Frais de santé » du 5 juin 2009 des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisés ou non, des C.U.M.A et des exploitations de cultures spécialisées du département des Deux-Sèvres

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

- Salarié non cadre n'ayant pas un an d'ancienneté
- Salarié non cadre au contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur (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.

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

> VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET Date d'embauche

Fait le *Cachet et signature de l'employeur*

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
Conseil Santé Service
TSA 42222
92246 Malakoff Cedex

> 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

> 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

N° NATIONAL D'EMETTEUR 152.579

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Cria prévoyance - TSA 47371 - 34186 MONTPELLIER CEDEX 4

COMPTES A DEBITER

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

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

Nom

Adresse

Code postal Ville

Date *Signature*

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

> VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre année

Vous êtes salarié avec moins d'un an d'ancienneté ou avec un contrat de travail suspendu non rémunéré ou non indemnisé par votre employeur

Vous choisissez une couverture >	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Couple vous et votre conjoint	<input type="checkbox"/> Famille vous, votre conjoint et vos enfants	<input type="checkbox"/> Vous-même et vos enfants
Votre cotisation mensuelle est >	0,98 % PMSS	2,06 % PMSS	2,39 % PMSS	1,76 % PMSS

Vous êtes salarié bénéficiant d'un contrat obligatoire

Vous choisissez une couverture >	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants	<input type="checkbox"/> Enfants
Votre cotisation mensuelle est >	1,08 % PMSS	1,41 % PMSS	0,78 % PMSS

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).

> BENEFICIAIRES 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	<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	<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	<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.

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 départemental « Frais de santé » du 5 juin 2009 des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisés ou non, des C.U.M.A et des exploitations de cultures spécialisées du département des Deux-Sèvres

> 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. En cas d'adhésion des membres de la famille simultanément à l'affiliation du salarié couvert à titre obligatoire, la garantie prendra effet à la même date que celle du salarié. En cas d'affiliation postérieure à celle du salarié, la garantie prendra effet au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'Institution.

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 départemental 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.**

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 aux articles 6 et 7 de l'Accord Départemental de «Frais de Santé » du 5 juin 2009, 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