

## Régime frais de santé

Accord départemental du 6 novembre 2009 pour les salariés agricoles non cadres du Lot-et-Garonne

### > ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET

Date d'embauche du salarié

Date d'affiliation du salarié au contrat

Catégorie d'emploi concerné  non cadres

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature du présent bulletin d'affiliation.

Fait le  *Cachet et signature de l'employeur*

N° ENTREPRISE

#### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Si vous souhaitez couvrir votre famille, remplissez l'autorisation de prélèvement automatique et au dos, la périodicité de votre cotisation 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 :  
**Ionis Santé Service**  
**Cria prévoyance**  
 TSA 47371  
 34186 MONTPELLIER CEDEX 4

### > SALARIE

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**

Codes			Clé R.I.B.
Etablissement	Guichet	N° du compte	
<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).**

## > COTISATIONS ET GARANTIE (cochez couverture base et/ou régime optionnel)

Si vous souhaitez étendre vos garanties santé à votre conjoint et/ou vos enfants, complétez les zones ci-dessous.

Périodicité de prélèvement choisie  mois  trimestre  année

Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement, l'autorisation de prélèvement devra nous être retournée complétée.

### La couverture de base conventionnelle pour :

Votre famille (conjoint et enfants)

Pour une cotisation mensuelle de > + 1,23 % PMSS

### La couverture régime optionnel supplémentaire (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) >cochez Niveau 1 ou Niveau 2 :

#### NIVEAU 1

Vous-même

Votre famille (conjoint et enfants)

Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >

+ 0,15 % PMSS

+ 0,18 % PMSS

#### NIVEAU 2

Vous-même

Votre famille (conjoint et enfants)

+ 0,19 % PMSS

+ 0,45 % 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 sont établis pour la période 2010 à 2012.

## > BENEFICIAIRES A COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

	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)		<input type="text"/>
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	<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 <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)		
5 <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)		

[1] ou partenaire lié par un PACS ou concubin - [2] sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à mon bulletin d'affiliation 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.