

BULLETIN D'ADHESION FACULTATIVE

Adhésion Modification d'adhésion

Régime frais de santé | Accord départemental « Frais de santé » du 27 novembre 2009 pour les salariés agricoles non cadres des Pyrénées-Atlantiques

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

- Salarié non cadre n'ayant pas 12 mois 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 régime obligatoire et souhaitant couvrir sa famille
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant adhérer au régime optionnel

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- Ecrivez en lettres capitales.
- Remplissez l'autorisation de prélèvement automatique et au dos, la périodicité de votre cotisation, la couverture choisie et le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 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.
- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- Datez, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :
Cria prévoyance
Conseil Santé Service
TSA 42222
92246 Malakoff Cedex

> 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. Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

• Vous êtes salarié avec moins de 12 mois d'ancienneté ou avec un contrat de travail suspendu non indemnisé ou rémunéré par l'employeur. Vous choisissez (cochez les cases) :

La couverture de base conventionnelle pour :

Vous-même Famille (votre conjoint et vos enfants)

Pour une cotisation mensuelle de > 0,84 % PMSS 1,27 % PMSS

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

NIVEAU 1

NIVEAU 2

Vous-même

Famille
(votre conjoint et vos enfants)

Vous-même

Famille
(votre conjoint et vos enfants)

Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >

+ 0,21 % PMSS

+ 0,31 % PMSS

+ 0,32 % PMSS

+ 0,49 % PMSS

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

> 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

COMPTES A DEBITER

Codes		Clé R.I.B.	
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
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 bénéficiant du régime obligatoire

Vous choisissez (cochez la case) :

La couverture de base conventionnelle pour :

Votre famille

Pour une cotisation mensuelle de >

+ 1,27 % PMSS

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

NIVEAU 1

Vous-même

Famille

(votre conjoint et vos enfants)

NIVEAU 2

Vous-même

Famille

(votre conjoint et vos enfants)

Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >

+ 0,21 % PMSS

+ 0,31 % PMSS

+ 0,32 % PMSS

+ 0,49 % 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

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.