

Régime frais de santé

Accord départemental du 3 juillet 2009 au profit des salariés agricoles non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des C.U.M.A. du Tarn et de la Haute-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).

> COUVERTURE FACULTATIVE POUR VOTRE FAMILLE

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

> COTISATIONS

Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre année

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

Vous choisissez une couverture >	<input type="checkbox"/> Conjoint	avec <input type="checkbox"/> 1 enfant	avec <input type="checkbox"/> 2 enfants et plus ⁽³⁾
Votre cotisation mensuelle pour 2011 est >	1 % PMSS	+0,57 % PMSS	+1,14 % 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). Ces pourcentages de cotisations sont établis pour la période du 2010 à 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

> BENEFICIAIRES A COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

	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)		<input type="text"/>
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 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.