# BULLETIN D'ADHESION

cria prévoyance
institution de prévoyance | aprionis

## Régime frais de santé

**Accord départemental du 3 juillet 2009 pour les salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Tarn**

### > ENTREPRISE

Raison sociale

Siren/Siret ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Code NAF ☐☐☐☐☐

Forme juridique

Adresse

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville

Téléphone ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Télécopie ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

e-mail @

Correspondance à adresser à

N° ENTREPRISE ☐☐☐☐☐☐☐

Date d'effet de l'adhésion ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Contrat n° CRI2010008S/00

**POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHESION**

**1-** Ecrivez en lettres capitales.

**2-** Joignez un justificatif sur la nature de votre activité (formulaire type extrait Kbis).

**3-** **Datez et signez votre bulletin d'adhésion.**

**4-** Transmettez le tout à l'adresse figurant en bas de ce document.

### > POPULATION COUVERTE

**Personnel non cadre ayant plus de 12 mois d'ancienneté**

Effectif concerné à la date d'adhésion

Date d'adhésion 0 1 ☐☐ ☐☐☐☐

Seule la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion fait foi.

### > COTISATIONS

| | Taux | Part employeur | Part salarié |
|---|---|---|---|
| Régime de base obligatoire | **0,91% PMSS** | **20% de la cotisation** | **80% de la cotisation** |
| salarié non cadre ayant 12 mois d'ancienneté | soit 26,25 € en 2010 | dans la limite de 5,5€ | |

### > GARANTIES

Je, soussigné(e) Nom et prénom agissant en qualité de(2)

déclare adhérer, au profit de ses salariés non cadres ayant une ancienneté minimale de 12 mois dans l'entreprise(1), à Cria prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions de l'accord départemental du 3 juillet 2009 pour les salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Tarn et conformément au protocole de gestion administrative conclu entre les partenaires sociaux négociateurs de l'accord et Cria prévoyance.

(1) A l'exception des salariés inscrits à la CPCEA ou dans une autre caisse de retraite et de prévoyance cadre, des VRP et bûcherons couverts par d'autres dispositions conventionnelles.

*(2) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.*

A le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

***Signature du dirigeant (précédée de la mention "lu et approuvé")***
***Cachet de l'entreprise***

*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.*

Ionis Santé Service - Cria prévoyance - TSA 47371 - 34186 MONTPELLIER CEDEX 4 • TELEPHONE 04 99 58 55 90 - FAX 04 99 58 55 61

IMP679-01APRI04-10 **Cria prévoyance**, Institution de Prévoyance n°3 régie par le Code de la Sécurité sociale - membre d'Aprionis. Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier 92240 MALAKOFF. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACAM - 61 rue Taitbout 75009 PARIS