

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION



Adhésion Modification d'adhésion

| CRIA PRÉVOYANCE

Régime Frais de santé | Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire Frais de santé pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC et ayant 3 mois d'ancienneté continue des exploitations de la région Centre.

COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

- Salarié non affilié à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté
- Salarié non affilié à l'AGIRC dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur à l'issue de la période de gratuité de 3 mois (joindre une attestation de votre employeur avec les dates de début et fin du congé)
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant couvrir ses ayants-droit (conjoint et/ou enfant(s) à charge)
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant adhérer au régime optionnel (option A ou option B)

N° ENTREPRISE

Contrat N° CRI2010004S/01,
CRI2010004S/02 et CRI2010004S/04

VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET Date d'embauche

Fait le à Date d'affiliation

Cachet et signature de l'employeur

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné fait partie des effectifs de l'adhérent à la date de signature de la présente déclaration

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez 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,
 - votre mandat de prélèvement SEPA,
 - 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 mandat de prélèvement SEPA,
 - votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.
- 4- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- 5- Datedez, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

Humanis
Vente à distance Individuels
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex
Tél. : 0 977 400 555
APPEL NON SURTAXÉ

VOTRE IDENTITÉ

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

Vous êtes salarié non affilié à l'AGIRC avec moins de 3 mois d'ancienneté ou dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation par votre employeur à l'issue de la période de gratuité de 3 mois. Vous choisissez (cochez les cases) :

La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 1 enfant	<input type="checkbox"/> 2 enfants ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Famille <small>(La notion de famille comprend également les ascendants à charge et ne se réduit pas au conjoint et aux enfants).</small>
Pour une cotisation mensuelle de >	0,91 % PMSS	+1,35 % PMSS	+0,89 % PMSS	+ 1,78 % PMSS	+ 2,04 % PMSS

La couverture régime optionnel facultatif (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) cochez Option A ou Option B :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Famille
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de > <input type="checkbox"/> OPTION A	+ 0,43 % PMSS	+ 0,52 % PMSS	+ 0,20 % PMSS	+ 0,72 % PMSS
<input type="checkbox"/> OPTION B	+ 0,60 % PMSS	+ 0,72 % PMSS	+ 0,33 % PMSS	+ 1,10 % 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 3 218 € pour 2016).



Vous êtes salarié bénéficiant du contrat d'assurance collective du régime frais de santé "contrat socle collectif obligatoire" souscrit par votre employeur

La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> 1 enfant	<input type="checkbox"/> 2 enfants (3)
Pour une cotisation mensuelle de >	+ 1,35 % PMSS	+ 2,04 % PMSS	+ 0,89 % PMSS	+ 1,78 % PMSS

La couverture régime optionnel supplémentaire (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) cocher Option A ou Option B :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant (3)	<input type="checkbox"/> Famille (votre conjoint et vos enfants)
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >	+ 0,43 % PMSS	+ 0,52 % PMSS	+ 0,20 % PMSS	+ 0,72 % PMSS
<input type="checkbox"/> OPTION A	+ 0,60 % PMSS	+ 0,72 % PMSS	+ 0,33 % PMSS	+ 1,10 % PMSS
<input type="checkbox"/> OPTION B				

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 3 218 € pour 2016).

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR MOYENNANT LE PAIEMENT DES COTISATIONS CORRESPONDANTES

Si vous souhaitez étendre vos garanties santé à votre conjoint et/ou vos enfants et/ou vos ascendants à charge, remplissez le tableau ci-dessous.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'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 1 ^{er} emploi		
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 1 ^{er} emploi		
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 1 ^{er} emploi		
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 1 ^{er} emploi		
Ascendant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

sous réserve que l'ascendant soit à votre charge au sens de la législation fiscale.

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements. (3) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

La notice d'information me sera remise par mon employeur. Les garanties figurent en annexe.

Je joins à mon bulletin d'adhésion facultative les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse MSA et Humanis Prévoyance.

À le

Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.