BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

☐ Adhésion ☐ Modification d'Adhésion

Humanis
CRIA PRÉVOYANCE

Régime Frais de santé | Accord départemental « Frais de santé » du 16 septembre 2009 pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC et ayant 4 mois d'ancienneté et plus du Tarn-et-Garonne

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

☐ Salarié non affiliés à l'AGIRC n'ayant pas 4 mois d'ancienneté

☐ Salarié non affiliés à l'AGIRC au contrat de travail 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 contrat obligatoire et souhaitant couvrir sa famille.

N° ENTREPRISE ☐☐☐☐☐☐☐☐

Date d'effet de l'adhésion ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Contrat n°CRI2010014S/01 et CRI2010014S/02

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

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 certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

4- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.

5- Datez, 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 SURTAXE

VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

Périodicité de prélèvement choisie ☐ mois ☐ trimestre Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

Vous êtes salarié avec moins de 4 mois d'ancienneté ou avec un contrat de travail suspendu non rémunéré ou non indemnisé par votre employeur

Vous choisissez une couverture >	☐ **Vous-même**	☐ **Conjoint**	☐ **Enfant(s) à charge**
Votre cotisation mensuelle est >	1,13 % PMSS	+ 1,97 % PMSS	+ 0,99 % PMSS

Vous êtes salarié bénéficiant d'un contrat obligatoire

Vous choisissez une couverture >	☐ **Conjoint**	☐ **Enfant(s) à charge**
Votre cotisation mensuelle est >	+ 1,97 % PMSS	+ 0,99 % PMSS

Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 3 170 € au 01/01/2015).

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° d'assuré social(2)
Conjoint (1)				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ salarié ☐ profession indépendante ☐ autre (préciser)			
1er enfant				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ étudiant ☐ apprenti ☐ invalide ☐ recherche 1er emploi ☐ salarié (revenu < RSA)			
2ème enfant				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ étudiant ☐ apprenti ☐ invalide ☐ recherche 1er emploi ☐ salarié (revenu < RSA)			
3ème enfant (3)				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ étudiant ☐ apprenti ☐ invalide ☐ recherche 1er emploi ☐ salarié (revenu < RSA)			
4ème enfant (3)				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ étudiant ☐ apprenti ☐ invalide ☐ recherche 1er emploi ☐ salarié (revenu < RSA)			
5ème enfant (3)				
Sexe ☐ F ☐ M	☐ étudiant ☐ apprenti ☐ invalide ☐ recherche 1er emploi ☐ salarié (revenu < RSA)			

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

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 de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse MSA et Humanis Prévoyance.

A _____ **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 pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.

IMP0554 A-HUMANIS HP01-15 • **Humanis Prévoyance,** Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - membre du groupe Humanis. Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 PARIS. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

Humanis

| CRIA PRÉVOYANCE

Régime Frais de santé | Accord départemental « Frais de santé » du 16 septembre 2009 pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC et ayant 4 mois d'ancienneté et plus du Tarn-et-Garonne

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Date d'effet de l'adhésion

La demande doit être faite à Humanis Prévoyance (dénommée ci-après « l'Institution ») par l'intermédiaire du correspondant mandataire de l'entreprise. En cas d'adhésion des membres de la famille simultanément à l'affiliation du salarié couvert à titre obligatoire, la garantie prendra effet à la même date que celle du salarié. En cas d'affiliation postérieure à celle du salarié, la garantie prendra effet au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande par l'Institution.

Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

L'adhésion individuelle du participant et/ou de ses bénéficiaires se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier. Le participant peut toutefois résilier l'adhésion facultative au 31 décembre en adressant à l'Institution (avec copie à l'employeur) une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre. Aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par l'Institution par la suite.

Elle peut également cesser dans les cas suivants :

- lorsque le régime conventionnel n'est plus en vigueur auprès de l'entreprise adhérente,
- à la date de résiliation de l'entreprise adhérente suite à cessation d'activité ou disparition d'entreprise,
- à la date de dénonciation de l'Accord départemental référencé ci-dessus,
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- en cas de cessation du contrat de travail, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions ci-dessous,
- et en tout état de cause, lorsque le participant ne remplit plus les conditions posées à la catégorie assurée et notamment lorsqu'il remplit la condition d'ancienneté prévue pour bénéficier, à titre obligatoire, du régime Frais de santé conventionnel.

Cotisations

Les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1er septembre et le pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédent et le 1er janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois, et après consultation des partenaires sociaux.

Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent leur échéance. A défaut de paiement passé ce délai, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure restée infructueuse.

Garanties souscrites

Les garanties souscrites sont celles mentionnées à l'Accord départemental du 16 septembre 2009 précité, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord s'appliqueront automatiquement à la présente adhésion.

Document à conserver en votre possession

IMP0545 B-HUMANIS HP01-15 • **Humanis Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - membre du groupe Humanis. Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 PARIS. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.