

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION



Adhésion Modification d'adhésion

| CRIA PRÉVOYANCE

Régime Frais de santé | Accord départemental 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

- Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif SS ou MSA)
- Ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement (joindre la notification du Pôle Emploi)
- Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite (joindre la notification de retraite ou notification du Pôle Emploi)
- Ayant droit précédemment garanti par le salarié décédé.

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

Contrat n° CRI201000145/03

VOTRE ANCIEN EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° Siret

Date de rupture du contrat de travail

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- Dated, 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

VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

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

	Participant	Conjoint	Par enfant ⁽³⁾
• Ancien salarié retraité ou préretraité	1,74% du PMSS	+ 1,74% du PMSS	+ 0,69% du PMSS
• Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, privé d'emploi et bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement, ayant droit d'un salarié décédé	1,39% du PMSS	+ 1,39% du PMSS	+ 0,69% du PMSS
• Ayant droit d'un salarié décédé	1,39% du PMSS		+ 0,69% du PMSS

Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 3170 € 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⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 <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 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.

Régime Frais de santé | Accord départemental 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 du contrat

Le contrat individuel prend effet au plus tard au lendemain de la réception du bulletin individuel d'adhésion par Humanis Prévoyance (dénommée ci-après « l'Institution ») (cachet de la poste faisant foi).

Le participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où il est informé que le contrat a pris effet, pour annuler son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Institution, selon le modèle suivant : « Je, soussigné(e).. domicilié(e).. déclare renoncer à mon contrat individuel Frais de santé ayant pris effet le/../... et demande le remboursement de la cotisation versée, soit euros, sous déduction des prestations éventuellement versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi. Fait à.., le.., (signature) ». A adresser à Humanis - Vente à distance Individuels - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex - Tél. : 0 977 400 555 APPEL NON SURTAXÉ .

Durée, renouvellement et cessation du contrat

Le contrat individuel se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier. Le participant peut toutefois résilier son contrat au 31 décembre en adressant à l'Institution une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre. Aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par l'Institution par la suite.

Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent leur échéance. A défaut de paiement passé ce délai, le contrat individuel du participant pourra être résilié 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, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord s'appliqueront automatiquement au présent contrat.

Document à conserver en votre possession