

BULLETIN D’AFFILIATION OBLIGATOIRE



Affiliation Modification d’affiliation

| 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

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 affiliés à l’AGIRC et ayant 4 mois d’ancienneté et plus

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

Contrat n°CRI20100145/00 et
CRI20100145/02

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Si vous souhaitez couvrir votre famille, remplissez 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,
 - 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.
 - votre mandat de prélèvement SEPA,
- 4- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- 5- Dated, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

Humanis
TSA 47 371
34186 Montpellier Cedex 4
Tél. 09 77 40 06 80
APPEL NON SURTAXÉ
accorddebranche@humanis.com

SALARIÉ

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

COUVERTURE FACULTATIVE POUR VOTRE FAMILLE

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

Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre

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

Vous choisissez votre couverture >

Conjoint

Enfant(s) à charge

Votre cotisation mensuelle de >

+ 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 (3 170 € au 01/01/2015).



BENEFICIAIRES A COUVRIR MOYENNANT LE PAIEMENT DES COTISATIONS CORRESPONDANTES

	Nom ↓	Prénom ↓	Date de naissance ↓	N° d'assuré social ⁽²⁾ ↓
Conjoint ⁽¹⁾	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>		
1 ^{er} enfant	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 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.