

Contrat individuel Frais de santé | Accord départemental du 7 octobre 2009 pour les salariés agricoles relevant de l'accord précité non affiliés à l'AGIRC et ayant 6 mois d'ancienneté et plus, des exploitations agricoles du Lot

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 garanti par le salarié décédé.

 N° ENTREPRISE

 Date d'effet de l'adhésion

Contrat n° CRI2010012S/03 et /05

VOTRE 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**
 - le justificatif propre à votre situation
 - 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- Datedez, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

Humanis
Vente à distance Individuels
 303 rue Gabriel Debacq
 45777 Saran Cedex
 Tél. : 09 77 400 555

VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE (COCHEZ COUVERTURE BASE ET/OU RÉGIME OPTIONNEL)

 Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre

Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

<input type="checkbox"/> Couverture de base :	Participant	Conjoint	Par enfant ⁽³⁾
> Ancien salarié retraité ou préretraité	1,11% du PMSS	+ 1,67% du PMSS	+ 0,76% du PMSS
> Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement, ayant droit d'un salarié décédé	0,89% du PMSS	+ 1,35% du PMSS	+ 0,76% du 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 € pour 2015).

<input type="checkbox"/> Couverture régime optionnel supplémentaire :	Participant	Conjoint	Par enfant ⁽³⁾
> Ancien salarié retraité ou préretraité	+ 0,33% du PMSS	+ 0,33% du PMSS	+ 0,12% du PMSS
> Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement, ayant droit d'un salarié décédé	+ 0,27% du PMSS	+ 0,27% du PMSS	+ 0,12% du PMSS

Si vous choisissez en complément de la couverture de base, la couverture optionnelle, le niveau choisi s'applique à l'ensemble des membres de votre famille, si vous avez retenu l'extension de la couverture frais de santé pour le régime de base.



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° de 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"/> <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"/> <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"/> <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 ⁽³⁾	<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"/> <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. - (3) gratuité à compter du 3^{ème} 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.

Contrat individuel Frais de santé | Accord départemental du 7 octobre 2009 pour les salariés agricoles relevant de l'accord précité non affiliés à l'AGIRC et ayant 6 mois d'ancienneté et plus, des exploitations agricoles du Lot

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 choix du régime optionnel supplémentaire facultatif doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation aux garanties "de base" et prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion. Passé ce délai, tout salarié bénéficiaire des garanties "de base" a la possibilité d'adhérer aux garanties "optionnelles" au 1^{er} janvier de chaque année.

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 accusé 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. : 01 58 82 62 06 - Fax : 01 58 82 40 33.

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 (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.

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 7 octobre 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.