

Contrat des coopératives vinicoles et leurs unions (CCVF)

- ☐ BULLETIN D'AFFILIATION / CHOIX DES OPTIONS
☐ BULLETIN DE MODIFICATION



Groupama
la vraie vie s'assure ici



AGRICA
PRÉVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés



Identification de l'entreprise

Numéro SIRET : Code client Agrica (si déjà client) :
Raison Sociale :

Choix de l'entreprise

Garanties et cotisations choisies par votre entreprise :

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| 1. Niveau choisi | ☐ Garantie conventionnelle
☐ Niveau optionnel | Reportez vous à « Garanties facultatives/Niveau optionnel » |
| 2. Cotisation « isolé » | ☐ Oui
☐ Non | <p>Vous avez la possibilité de couvrir vos ayants droit à titre facultatif, reportez-vous à « Garanties facultatives/Extension Famille »</p> <p>Vos ayants droit sont couverts à titre obligatoire, reportez-vous à « Affiliation des ayants droit »</p> |

Identification du salarié

N° Sécurité sociale : Code client Agrica (si déjà client) :
Date de naissance : / / ☐ Homme ☐ Femme
Nom d'usage :
Nom de naissance : Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
Courriel :
Statut : ☐ Cadre ☐ Non cadre ☐ Agent de maîtrise
Régime de base : ☐ Régime agricole ☐ Régime agricole Alsace-Moselle ☐ Régime général ☐ Régime général Alsace-Moselle
Date d'affiliation : / /

Renforcement des garanties

Je demande le renforcement de mes garanties par le choix de l'option ci-dessous et accepte le prélèvement de la cotisation correspondante sur mon bulletin de paie : ☐ Option 1 ☐ Option 2

Renseignez- vous auprès de votre employeur afin de connaître le niveau de garanties souscrit par votre entreprise. En tout état de cause, vous ne pourrez choisir un niveau inférieur à celui souscrit par votre entreprise.

ATTENTION chaque option prend en compte le niveau inférieur

- La cotisation supplémentaire liée au renforcement des garanties est à votre charge. Son montant dépend du niveau de garantie que vous choisissez. Vous trouverez le montant de la cotisation correspondant à votre choix et au type de cotisation choisi par votre entreprise sur le barème de cotisations salariés.
- Ce renforcement de garantie prendra effet en même temps que l'affiliation au contrat collectif, si la demande est concomitante, sinon au 1er jour du mois qui suit la réception du dossier complet de votre demande.

L'extension des garanties

Vous êtes couvert par votre entreprise à titre obligatoire et vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez étendre votre couverture à vos ayants droit.

- Je demande l'extension de ma couverture santé aux membres de ma famille et accepte le prélèvement mensuel de la cotisation correspondante sur mon bulletin de paie.
- La cotisation supplémentaire liée à l'extension des garanties est à votre charge. Son montant dépend du niveau de garantie que vous choisissez. Vous trouverez le montant de la cotisation correspondant à votre choix et au type de cotisation choisi par votre entreprise sur le barème de cotisations salariés.
- Les ayants droit couverts à titre facultatif sont alors affiliés et admis en même temps que l'affiliation au contrat collectif et sur le même niveau de garanties que le salarié, si la demande est concomitante, sinon au 1er jour du mois civil qui suit la réception du dossier complet de votre demande, ou à compter de la date de survenance de l'événement.

Si vous avez demandé l'extension familiale, vous devez indiquer vos ayants droit en complétant le tableau ci-après.

Modification du choix du salarié (en cas d'extension / résiliation des garanties)

- **Renforcement des garanties ou diminution**
- Je souhaite **augmenter le niveau de garantie** mis en place précédemment et opte désormais pour le niveau:
 - ☐ Option 1 ☐ Option 2
- Je souhaite diminuer le niveau de garantie mis en place précédemment et opte désormais pour le niveau:
 - ☐ Socle ☐ Option 1

ATTENTION Le niveau choisi ne peut pas être inférieur au niveau souscrit par votre employeur à titre obligatoire.

- **Extension ou résiliation des garanties à mes ayants droit**

- ☐ Je demande l'**extension de ma couverture santé aux membres de ma famille** qui bénéficieront ainsi du même niveau de garantie que moi-même.
- ☐ Je demande la **résiliation de l'extension de ma couverture santé aux membres de ma famille** qui ne bénéficieront donc plus du même niveau de garantie que moi-même (par lettre recommandée avec accusé de réception, conformément à la Notice d'Information).

ATTENTION Ces modifications doivent nous parvenir avant le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante sauf en cas de changement de situation familiale.

Affiliation des ayants droit (en cas de changement de situation ou extension famille)

Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Lien de parenté	Organisme d'affiliation	N°INSEE	Refus Echange Noemie
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐

Déclaration de l'entreprise et du salarié

- ☐ Je certifie exactes les informations portées sur le présent bulletin.

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Pièces à joindre au présent bulletin d'affiliation

- Copie de mon attestation de droits au régime de base et celle de chacun de mes ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur la mienne (attestation de carte vitale).
- Copie du livret de famille ou du pacs ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- Copie du justificatif de perception de l'Allocation Handicapé pour les enfants invalides au sens de la législation sociale, quel que soit leur âge à condition que l'invalidité ait été constatée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (enfants âgés de moins de 21 ans, enfants âgés de moins de 28 ans en poursuite d'études : certificat de scolarité ou d'apprentissage ; enfants âgés de moins de 28 ans non indemnisés par Pôle Emploi).

À RETOURNER À CCPMA PRÉVOYANCE 21, RUE DE LA BIENFAISANCE – 75382 PARIS CEDEX 08