

## Accord National du Paysage Offres complémentaires

- BULLETIN D'ADHÉSION  
 BULLETIN DE MODIFICATION

**AGRICA  
PRÉVOYANCE**  
Proches par nature, engagés à vos côtés



### Identification de l'entreprise

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

Raison Sociale :

Forme juridique : .....

Date de création de l'entreprise :  /  /  Code NAF :

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal :  Ville : .....

Téléphone :  Portable :

Courriel : .....@.....

Nom du correspondant : .....

### Adhésion aux offres complémentaires

#### ▼ Déclaration

Je soussigné(e) : .....  
agissant en qualité de .....  
ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée.

#### ▼ Adhésion

Je déclare adhérer, en complément du régime collectif de l'Accord National du Paysage du 15 juin 2012, aux garanties facultatives suivantes :

FORMULE	GARANTIE	COTISATION
<b>Capital décès</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Capital de 250 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	1,00 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 2+	Capital de 200 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	0,80 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 2	Capital de 150 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	0,60 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 3	Capital de 50 % du salaire de référence + majoration enfant de 50 % du salaire de référence, doublement accident toutes causes et garantie double effet.	0,40 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 4	Capital de 150 % du salaire de référence en cas de décès accidentel uniquement	0,06 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule modulable	Merci de vous rapprocher de votre conseiller AGRICA	
<b>Incapacité de travail</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Versement d'indemnités journalières à compter du 4 <sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.	0,30 % TA et 0,60 % TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 2	Versement d'indemnités journalières à compter du 8 <sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.	0,18 % TA et 0,39 % TB/TC
<b>Rente de conjoint OCIRP</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Rente temporaire 6 % du salaire de référence + rente viagère 12 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,63 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 2	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + rente viagère 8 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,53 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 3	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + rente viagère 5 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,39 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 4	Rente temporaire 10 % du salaire de référence + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,27 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 5	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % du capital substitutif (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,15 % du SAB* TA/TB/TC

\* SAB : salaire annuel brut



## Santé +

<input type="checkbox"/> Formule 1	Module Soins	Forfait 10 € /mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 2	Module Soins + Module Hospitalisation et Transports..	Forfait 16 € /mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 3	Module Soins + Module Optique.	Forfait 16 € /mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 4	Module Soins + Module Dentaire.	Forfait 16 € /mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 5	Module Soins + Module Hospitalisation et Transports + Module Optique + Module Dentaire.	Forfait 25 € /mois /famille

## Retraite Supplémentaire – Supplément de taux

- Supplément de taux
- Versement d'une rente viagère lors du départ à la retraite, réversible en cas de décès.
- Vous devez vous assurer que le choix du taux de cotisation que vous effectuez permet bien à tous les salariés constituant le groupe assuré de cotiser au régime et se constituer des droits.

## Cotisation sur la totalité du salaire

\_\_\_\_\_% (par palier de 0,1%)

## Cotisation par tranche de salaire (par palier de 0,1%)

TA% : \_\_\_\_\_%

et/ou TB : \_\_\_\_\_%

et/ou TC : \_\_\_\_\_%

et/ou TD : \_\_\_\_\_%

## Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la ou des garanties complémentaires sont les suivants :

- Ensemble des salariés relevant de l'Accord National du Paysage (art4, 4bis et 36 au sens de l'Agirc) ;
- Article 4 et 4 bis ;
- Article 4.

## Date d'effet

## L'adhésion au contrat des entreprises relevant de l'Accord National du Paysage du 15 juin 2012 prend effet :

- le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin par CPCEA.
- à une date ultérieure, le 1<sup>er</sup> jour du mois civil fixé ci-après :

## Déclaration de l'entreprise

- Je confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées sur le présent bulletin d'adhésion et demande l'adhésion de mon entreprise et de ses éventuels établissements de rattachement référencés ci-dessus sur la base de celles-ci.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général.
- Je déclare avoir pris connaissance du devis conseil personnalisé et l'avoir signé.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions générales de(s) garantie(s) complémentaire(s) souscrite(s) et du règlement du régime de retraite supplémentaire CPCEA.
- Je déclare avoir reçu la Notice d'information du contrat et m'engage, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, pour chacune des garanties concernées, à en remettre un exemplaire à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.
- En cas de mise en place de la ou des garanties complémentaires par décision unilatérale de l'employeur, je m'engage à remettre à la CPCEA la liste des salariés ayant refusé le précompte de leur cotisation.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans le Règlement et dans les s Conditions Générales du Contrat qui m'ont été remises préalablement à l'adhésion et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du représentant mandaté précédée de la mention "lu et approuvé" et du cachet de l'entreprise