



Entreprises de la Coopération agricole

■ AFFILIATION / CHOIX DES OPTIONS

■ MODIFICATION

À remplir par le salarié en lettres capitales au stylo noir.

→ Identification de l'entreprise

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

Raison sociale :

* Information disponible sur votre bulletin de paie.

→ Identification du salarié

N° Sécurité sociale : Code client Agrica (si déjà client) :

Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Courriel :@.....

Statut : cadre non cadre

Régime de base : Régime agricole Régime agricole Alsace-Moselle Régime général Régime général Alsace-Moselle

Date d'affiliation : / /

→ Affiliation des ayants droit

Je déclare mes ayants droit :

- Si mon entreprise a opté pour la couverture de mes ayants droit à titre obligatoire
- Ou si je choisis d'opter à titre facultatif à l'extension des garanties (se référer à « choix des options »).

Nom et prénom	Sexe : H/F	Date de naissance	Lien de parenté	Organisme d'affiliation	N° Sécurité sociale	Refus échange Noémie
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

→ Choix des options

Cas 1 : Si vous et vos ayants droit êtes couverts par votre entreprise à titre obligatoire

Je demande le **renforcement de mes garanties** et accepte le prélèvement mensuel de la cotisation correspondante sur mon compte bancaire :

- Garantie Intermédiaire Garantie Supérieure

Cas 2 : Si vous êtes couvert par votre entreprise à titre obligatoire et vos ayants droit à titre facultatif

Je demande l'**extension de ma couverture santé aux membres de ma famille** et accepte le prélèvement mensuel de la cotisation correspondante sur mon compte bancaire.

Je demande le **renforcement de mes garanties** et accepte le prélèvement de la cotisation correspondante sur mon compte bancaire :

- Garantie Intermédiaire Garantie Supérieure

- La **cotisation supplémentaire liée à ce renforcement et/ou l'extension des garanties est à votre charge**. Son montant dépend du niveau de garanties que vous choisissez, de la structure tarifaire mise en place par votre entreprise et, le cas échéant, du nombre et de la qualité des ayants droit à couvrir. Vous trouverez le montant de la cotisation correspondant à votre choix et à la structure tarifaire mise en place par votre entreprise sur le barème de cotisations.
- Ce **renforcement de garanties prendra effet en même temps que l'affiliation au contrat collectif**, si la demande est concomitante, sinon au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du dossier complet de votre demande.
- Les **ayants droit couverts à titre facultatif** sont alors affiliés et admis dans l'assurance à compter de la date de survenance de l'événement, ou en l'absence d'événement, au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de leur demande.

→ Modification du choix du salarié

• Renforcement des garanties ou diminution

Je souhaite **augmenter** le niveau de garantie mis en place précédemment et opte désormais pour le niveau :

- Intermédiaire Supérieur

Je souhaite **diminuer** le niveau de garantie mis en place précédemment et opte désormais pour le niveau :

- Socle Intermédiaire

• Extension des garanties ou annulation de l'extension

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 l'**annulation 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.

Attention : Ces modifications doivent nous parvenir avant le 31/10 de l'année en cours pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ Déclaration de l'entreprise et du salarié

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.

Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé ».

Fait à :

Le

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :

- Avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricar.com ;

- Que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés ;

- Que les données recueillies par l'Institution lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

→ Pièces à fournir avec le bulletin d'affiliation

- Copie de mon attestation de droits au régime santé de base (attestation vitale récente) (**uniquement si je relève du régime général**) ;
- Copie de l'attestation de droits au régime santé de base (attestation vitale récente) de chacun de mes ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur la mienne ;
- 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 fiscal, en cas de déclaration des ascendants à charge ;
- Copie de la carte d'invalidité, le cas échéant ;
- Copie de la Carte Nationale d'Identité ;
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge) ;
- Mandat SEPA complété avec mes coordonnées bancaires accompagné d'un RIB (**uniquement en cas de choix d'option et si je relève du régime général**).

Vous devez retourner le présent bulletin complété et signé à votre caisse de MSA

CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social – 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08
Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS Paris 493 373 682 Tél. : 01 71 21 00 00 – Fax : 01 71 21 00 01 – www.groupagricar.com

PREDICA – Entreprise régie par le Code des assurances (50-56 rue de la Procession – 75015 PARIS) immatriculée sous le n°334.028.123 R.C.S. PARIS,
Entreprise régie par le Code des assurances au capital de 986 033 325 euros entièrement libérés.