

Accord National des salariés non-cadres en agriculture – Prévoyance

BULLETIN D'ADHÉSION

AGRICAPRÉVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés
AGRI PRÉVOYANCE

Groupama
la vraie vie s'assure ici



À remplir par l'employeur en lettres capitales au stylo noir.

Identification de l'entreprise

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

Raison Sociale :

Forme juridique :

Date de création de l'entreprise : / / Code NAF : Convention collective (N°IDCC) :

Régime de base : Régime Agricole OU Régime Général Hors Alsace-Moselle OU Alsace-Moselle

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Portable :

Nom du correspondant :

Courriel du correspondant : @

Adhésion

▼ Déclaration

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

Je déclare :

- Relever de l'Accord National du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de Prévoyance.
- Accepter l'affiliation de l'ensemble des salariés de mon entreprise, présents et futurs, appartenant au groupe assuré. Celui-ci est constitué par l'ensemble des participants non cadres (ne relevant pas de la Convention Collective du 2 avril 1952 et ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'Agirc) de l'entreprise adhérente, justifiant d'au moins 6 mois continues d'ancienneté dans l'entreprise.

▼ Adhésion au socle obligatoire conventionnel Prévoyance

Je déclare adhérer au socle obligatoire conventionnel Prévoyance des entreprises relevant de cet accord.

▼ Adhésion aux options nationales facultatives Prévoyance

Je choisis de renforcer les garanties du socle obligatoire conventionnel. Ces options sont cumulables entre elles. J'opte pour :

Décès *	<input type="checkbox"/> Majoration enfant : versement d'un capital décès complémentaire de 25% par enfant à charge. <input type="checkbox"/> Frais d'obsèques en cas du décès du salarié et/ou de ses ayants droit : remboursement des frais d'obsèques dans la limite de 100% du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale. <input type="checkbox"/> Rente éducation : 3%, 4,5% et 6% du Plafond Annuel de Sécurité Sociale en fonction de l'âge de l'enfant.
Mensualisation *	<input type="checkbox"/> Couverture de la mensualisation légale et des charges sociales. OU <input type="checkbox"/> Couverture de la mensualisation légale et des charges sociales et complément de mensualisation.
Incapacité temporaire de travail *	<input type="checkbox"/> Majoration de 15% de l'indemnité journalière complémentaire versée par le socle.
Incapacité permanente de travail *	<input type="checkbox"/> Majoration de 20% de la rente versée en cas d'incapacité permanente professionnelle supérieure ou égale à 66,66%. <input type="checkbox"/> Majoration de 20% de la pension versée en cas d'invalidité de catégories 2 et 3.

*Les dispositions générales de ces garanties sont définies aux Conditions Générales et son Annexe.

Les options choisies s'appliquent au même groupe assuré que celui défini au titre du socle obligatoire conventionnel amélioré. L'ancienneté requise pour le bénéfice des garanties est de 6 mois, à l'exception de la mensualisation dont l'ancienneté est portée à 12 mois.



Adhésion des établissements de rattachement

Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs.

Liste des SIRET des établissements de rattachement

Numéro SIRET	Raison sociale
_____	_____
_____	_____

* Si vous disposez d'une liste de SIRET de rattachement plus longue, merci de nous faire parvenir cette liste sur un courrier à part.

Date d'effet

L'adhésion au contrat prend effet :

le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin par **AGRI PREVOYANCE**.

À une date ultérieure, le 1^{er} jour du mois civil fixé ci-après :/...../.....

Dans le cas où mon entreprise était déjà couverte par AGRI PREVOYANCE dans le cadre d'un précédent accord, je suis informé que cette adhésion sera résiliée de plein droit au profit de la présente adhésion.

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 reçu et pris connaissance des Conditions générales du contrat et de son Annexe ainsi que du barème de cotisations associé.
- Je déclare avoir reçu la Notice d'information et son annexe et m'engage, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, à en remettre un exemplaire à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans les 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.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général ainsi que le devis valant avis de conseil.

Fait à :

Le :

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

Pièces à fournir avec le bulletin d'adhésion

- Copie d'un extrait de registre officiel datant de moins de 3 mois (Kbis de l'entreprise, extrait de déclaration d'association...).
- Copie de la Carte Nationale d'Identité du représentant légal de l'entreprise en cours de validité.
- Mandat SEPA complété avec les coordonnées bancaires de l'entreprise accompagné d'un RIB.

Document à retourner complété et signé, accompagné des pièces justificatives, à :

AGRI PREVOYANCE
21 rue de la Bienfaisance
75382 PARIS Cedex 08

Réservé à l'administration

Code Caisse régionale : [] [] [] [] [] []

Code vendeur : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nom vendeur :

Courriel vendeur :

AGRICAPREVOYANCE représente AGRI PREVOYANCE Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET : 423 959 295 00035 - Membre du GIE AGRICA GESTION RCS Paris n°493 373 682 - Siège social : 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris - Tél. : 01 71 21 00 00 - Fax : 01 71 21 00 01 - www.groupagric.com

OCIRP - Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance - Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, 17, rue de Marignan, 75008 Paris.