



EN PARTENARIAT AVEC



CCPMA Prévoyance

Contrat des coopératives vinicoles et leurs unions (CCVF) - Frais de Santé

- 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

Numéro Sécurité Sociale :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : 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 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 à titre obligatoire.

ATTENTION : chaque option prend en compte le(s) niveau(x) inférieur(s)

● **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 1^{er} 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 1^{er} 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 choisi d'étendre vos garanties, vous devez impérativement remplir 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 (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 1er 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)

● Je déclare les ayants droit qui bénéficieront de l'extension des garanties :

Ajout ou Suppression : A/S	N° Sécurité sociale	Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____
.....	__ / __ / ____

Déclaration de l'entreprise et du salarié

Nous certifions exactes les indications portées sur le présent bulletin concernant notre entreprise.

RÉSERVÉ A L'ENTREPRISE

Nous certifions exactes les indications portées sur le présent bulletin concernant notre entreprise.

Fait à :

Le

Signature du représentant légal et du cachet de l'entreprise.

RÉSERVÉ AU SALARIÉ

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

Fait à :

Le

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

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 de base et celle de chacun de mes ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur mon 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 21ème 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).

Vous devez retourner le présent bulletin complété et signé à CCPMA PREVOYANCE