



Accord National du Paysage Frais de santé DROM



- BULLETIN D'AFFILIATION SANTE
- BULLETIN DE MODIFICATION SANTE

Identification de l'entreprise

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

Raison Sociale :

Identification du salarié

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

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Complément d'adresse

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel : @

Régime de base : DROM

Affiliation du salarié

Date d'embauche ou de promotion au statut de cadre/TAM :

Mandataire social assujéti au régime de base : Oui Non Fonction exercée :

Position ou coefficient hiérarchique dans la Convention Collective de Travail :

Temps partiel ? Oui Non Si oui, taux d'activité : %

Emploi salarié chez un autre employeur relevant du paysage : Oui Non

Le salarié a-t-il eu un arrêt de travail depuis son entrée en fonction ? Oui Non

Si oui, période de l'arrêt : du au

Garantie collective obligatoire souscrite par l'entreprise

- Je suis affilié automatiquement, ainsi que le cas échéant mes ayants droit, à la garantie santé obligatoire souscrite par mon entreprise à compter du :/...../.....
- La cotisation frais de santé est une cotisation forfaitaire mensuelle. Vous trouverez le montant de la cotisation correspondant à la structure tarifaire dite « uniforme » mise en place par votre entreprise sur le barème de cotisations.
- Les ayants droit sont alors affiliés et admis en même temps que l'affiliation du salarié au contrat collectif, 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.

Vous devez impérativement remplir le tableau ci-après.



- 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.

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 sauf en cas de changement de situation familiale.

Affiliation des ayants droit

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

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale
	__/__/____		
	__/__/____		
	__/__/____		
	__/__/____		

Déclaration du salarié

- Je certifie complètes et exactes les informations portées sur le présent bulletin.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans la Notice d'information qui m'a été remise préalablement à l'affiliation et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.

Fait à :

Le :

Signature du salarié

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Pièces à joindre au bulletin d'affiliation

Pour l'affiliation de l'ouvrant droit :

- Photocopie de votre attestation de carte vitale ;
- Photocopie de votre carte d'identité nationale
- Relevé d'identité bancaire

Pour l'affiliation des ayants droit :

- Photocopie de l'attestation de carte vitale de chacun des ayants droit à couvrir, s'ils ne figurent pas sur la vôtre ;
- Photocopie du livret de famille ou du PACS ou du concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune, en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'un enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ;
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge (certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge, pour les enfants majeurs uniquement).

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

AGRICA PREVOYANCE
21 rue de la Bienfaisance
75382 PARIS
Cedex 08