



Accord de frais de santé du GERS

Salariés non cadres

■ BULLETIN D'ADHESION

A compléter par l'employeur

→ Identification de l'entreprise

Numéro client (si déjà client) : _____

Raison sociale : _____

Numéro de SIRET : _____ Code NACE : _____

Forme juridique : Date de création : ____ / ____ / ____

Adresse (siège social) :

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville :

Correspondant :

Téléphone : _____ Portable : _____ Fax : _____

Adresse courriel :

Code Etablissement MSA : _____

→ Adhésion au régime

- J'adhère au régime collectif d'assurance complémentaire santé prévu par l'accord des exploitations, ETAR et CUMA du Gers du 17 septembre 2009 et ses avenants : **garantie de base/salarié seul.**
(Les montants des cotisations figurent sur le barème communiqué annuellement aux entreprises).
- Je soussigné(e) agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée, déclare relever de l'accord des exploitations ETAR et CUMA du Gers et, à ce titre, adhérer à AGRI PREVOYANCE, organisme assureur recommandé pour assurer les garanties collectives obligatoires frais de santé instituées par ledit accord.
Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs.
- J'accepte l'affiliation de l'ensemble des salariés non cadres de mon entreprise, présents et futurs, ne relevant pas de la caisse de retraite complémentaire AGIRC.
- Mon adhésion au régime d'assurance complémentaire santé de l'accord des exploitations ETAR et CUMA du Gers, prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin.

→ Déclaration du souscripteur

- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non cadres relevant de l'accord des exploitations, ETAR et CUMA du Gers.
- Je m'engage, conformément à l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, à remettre un exemplaire de la Notice d'Information dudit régime d'assurance frais de santé à chacun des salariés présents et à venir ouvrant droit au régime.

Fait à :

Le :

Signature du représentant mandaté précédée de la mention
« lu et approuvé » et du cachet de l'entreprise.

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.