



## → Choix des garanties

Mon employeur a souscrit à titre collectif et obligatoire le **régime frais de santé** recommandé par l'accord départemental du Gers du 19 septembre 2009 et ses avenants. Je choisis :

- en plus de mes garanties conventionnelles, de souscrire à la **Garantie optionnelle**.
- d'étendre l'ensemble de mes garanties à mes ayants droit, en souscrivant à l'**Extension famille**.
- J'ai bien noté que les cotisations de **ces garanties sont entièrement à ma charge**.
- Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation et au versement des prestations, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.
- **Ces garanties prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour toute affiliation effectuée avant le 31 janvier 2015. A défaut, elles prendront effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du présent bulletin par AGRI PREVOYANCE.**

## → Déclaration de l'entreprise et du salarié

RÉSERVÉ A L'ENTREPRISE	RÉSERVÉ AU SALARIÉ
Nous certifions exactes les indications portées sur le présent bulletin concernant notre entreprise.	Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.
Fait à : .....	Fait à : .....
Le : .....	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@groupagricom.com](mailto:cnil.blf@groupagricom.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.

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

## → Pièces à fournir avec le bulletin d'affiliation

**Ce document, dûment complété et accompagné des pièces à fournir, doit être retourné à :**  
**Groupe AGRICA – AGRI PREVOYANCE – 21, rue de la Bienfaisance 75382 Cedex 08**

- Copie de votre attestation de droits au régime santé de base ;
- Copie de l'attestation de droits au régime de base de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur la vôtre ;
- Copie du livret de famille ;
- Certificat de scolarité ou d'apprentissage pour chaque enfant à charge de plus de 18 ans ;
- Copie de l'attestation d'invalidité pour les enfants reconnus invalides ;
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal ;
- Autorisation de prélèvements SEPA.