



BULLETIN D'ADHÉSION  BULLETIN DE MODIFICATION

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

## ENTREPRISE

Numéro SIRET :

Raison sociale :

Forme juridique :

Date de création de l'entreprise :       Code NAF :

Adresse :

complément d'adresse :

Code postal :  Ville :

Téléphone :  Portable :

Courriel :  @

Nom du correspondant :

Régime de base :  Régime agricole Hors Alsace Moselle  Régime agricole Alsace-Moselle

## ADHÉSION AU CONTRAT

### • 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 3 mois continus d'ancienneté** dans l'entreprise.

### • Adhésion au socle obligatoire conventionnel Frais de santé

Je déclare :

Adhérer au socle obligatoire conventionnel du contrat de Frais de santé des entreprises relevant de cet accord.

### • Choix de la structure tarifaire

Je choisis le type de cotisation et la structure tarifaire :

TYPE DE COTISATION	STRUCTURE TARIFAIRE
<input type="checkbox"/> Salarié à titre obligatoire et ses ayants droit à titre obligatoire	<input type="checkbox"/> Adulte / Enfant <input type="checkbox"/> Isolé / Famille
<input type="checkbox"/> Salarié à titre obligatoire et ses ayants droit à titre facultatif	<input type="checkbox"/> Adulte / Enfant <input type="checkbox"/> Isolé / Famille

**Pour permettre à vos salariés d'étendre leurs garanties à leurs ayants droit, vous devez obligatoirement choisir l'une des deux structures tarifaires ci-dessus. La structure tarifaire choisie pour le socle obligatoire conventionnel s'appliquera au choix des options facultatives. À défaut de choix, la structure tarifaire adulte/enfant à titre facultatif s'appliquera.**

### • Adhésion aux options nationales facultatives Frais de Santé

Je choisis de renforcer les garanties du socle obligatoire conventionnel en optant pour :  Option 1\*  Option 2\*  Option 3\*

\* Les options 1, 2 et 3 sont automatiquement ouvertes à titre facultatif pour le salarié dès lors qu'elles n'ont pas été souscrites à titre obligatoire par l'entreprise. Les détails de ces garanties sont définis à l'Annexe aux Conditions Générales.

• **Adhésion des établissements de rattachement**

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

Liste des SIRET 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**

**Mon adhésion au contrat de Frais de Santé des entreprises relevant de l'Accord National du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de Prévoyance, prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016.**

Je suis informé que mon adhésion actuelle sera résiliée de plein droit au 31 décembre 2015 au profit de la présente adhésion.

En cas de réception du présent bulletin postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du bulletin par AGRICULTURE PREVOYANCE ou au plus tôt à la date d'embauche du premier salarié.

**DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

- 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 ;
- reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales et de son Annexe ainsi que du barème de cotisations associé ;
- reconnais avoir pris connaissance de la Notice d'Information afférente et de son Annexe ;
- prends l'engagement de remettre un exemplaire de la Notice d'Information et de son Annexe à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.

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@groupagricra.com](mailto:cnil.blf@groupagricra.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, à savoir son distributeur et ses délégataires de gestion, dont la MSA ;
- Que les données recueillies par l'Institution ou pour son compte par son distributeur ou ses délégataires de gestion dont la MSA 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'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.

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

**AGRI PRÉVOYANCE**  
**21, rue de la Bienfaisance**  
**75382 Paris Cedex 08**

**Réservé à l'administration**

Distributeur : \_\_\_\_\_

Caisse régionale : \_\_\_\_\_

Code vendeur : \_\_\_\_\_





BULLETIN D'ADHÉSION  BULLETIN DE MODIFICATION

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

## ENTREPRISE

Numéro SIRET :

Raison sociale :

Forme juridique :

Date de création de l'entreprise :           Code NAF :

Adresse :

complément d'adresse :

Code postal :  Ville :

Téléphone :  Portable :

Courriel :  @

Nom du correspondant :

## ADHÉSION AU CONTRAT

### • 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 continus d'ancienneté** dans l'entreprise.

### • Adhésion au socle obligatoire conventionnel Prévoyance

Je déclare :

Adhérer au socle obligatoire conventionnel du contrat 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 :

<b>Décès*</b>	<input type="checkbox"/> Majoration enfant (Versement d'un capital décès complémentaire de 25% par enfant à charge). <input type="checkbox"/> Frais 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 la Sécurité Sociale). <input type="checkbox"/> Rente éducation (3 %, 4,5 % et 6 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en fonction de l'âge de l'enfant).
<b>Mensualisation*</b>	<input type="checkbox"/> Couverture de la mensualisation légale et des charges sociales. <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Couverture de la mensualisation légale et des charges sociales et complément de mensualisation.
<b>Incapacité temporaire de travail*</b>	<input type="checkbox"/> Majoration de 15 % de l'indemnité journalière complémentaire versée par le socle.
<b>Incapacité permanente de travail*</b>	<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.**

**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 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**

**Mon adhésion au contrat de Prévoyance des entreprises relevant de l'Accord National du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de Prévoyance, prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016.**

Je suis informé que mon adhésion actuelle sera résiliée de plein droit au 31 décembre 2015 au profit de la présente adhésion. En cas de réception du présent bulletin postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du bulletin par AGRI PREVOYANCE ou au plus tôt à la date d'embauche du premier salarié.

**DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

- 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 ;
- reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales et de son Annexe ainsi que du barème de cotisations associé ;
- reconnais avoir pris connaissance de la Notice d'Information afférente et de son Annexe ;
- prends l'engagement de remettre un exemplaire de la Notice d'Information et de son Annexe à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.

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](mailto: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, à savoir son distributeur et ses délégataires de gestion, dont la MSA ;
- Que les données recueillies par l'Institution ou pour son compte par son distributeur ou ses délégataires de gestion dont la MSA 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'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.

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

**AGRI PRÉVOYANCE**  
21, rue de la Bienfaisance  
75382 Paris Cedex 08

**Réservé à l'administration**

Distributeur :

Caisse régionale :

Code vendeur :

**Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles**  
Entreprise régie par le code des assurances et l'article L.771-1 du nouveau Code rural.

**AGRI PRÉVOYANCE** - Institution de prévoyance régie par le Code rural et de la pêche maritime  
Siège social : 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08.  
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682 Tél. 01 71 21 00 00 - Fax 01 71 21 00 01  
[www.groupagricar.com](http://www.groupagricar.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

