

CHOIX DES OPTIONS FACULTATIVES ET INDIVIDUELLES

Coordonnées de l'Entreprise
(Employeur)

Identification de l'Entreprise (à remplir par la société)

Date d'effet de l'adhésion de l'entreprise :
N° d'adhésion ANIPS :

Raison sociale (Cachet) :

Coordonnées du salarié.
Remplir tous les champs

N° SIRET :

Identification de l'Affilié

N° d'affiliation
(à remplir par l'assureur)

NOM :

PRENOMS :

Cocher cette case si vous souhaitez faire adhérer votre famille

ADRESSE :

CODE POSTAL :

BUREAU DISTRIBUTEUR :

N° IMMAT. MSA.

DATE DE NAISSANCE

N° ORGANISME AFFILIATION MSA

DATE ENTREE DANS L'ENTREPRISE :

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire (C) Marié (M) Veuf (V) Divorcé (D) Séparé (S)

Coordonnées du conjoint et des enfants à charge

PROFESSION/FONCTION :

Choix de l'option EXTENSION FAMILLE

Je déclare demander l'extension des garanties aux membres de ma famille tels qu'ils sont définis à la notice d'information remise par mon employeur à effet du Dans ce cas, j'indique ci-après mes ayants droit.

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge

NOM PRENOMS (Conjoint, partenaire ou concubin)	DATE DE NAISSANCE	N° Organisme S.S./MSA	IMMATRICULATION PERSONNELLE	
			N° IMMATRICULATION S.S.	

NOM PRENOMS (enfants à charge)	DATE DE NAISSANCE	Rattachement S.S./MSA		IMMATRICULATION PERSONNELLE	
		Père	Mère	N° IMMATRICULATION S.S.	

Cocher cette case si vous souhaitez la formule améliorée pour votre famille

Choix d'Adhésion au REGIME OPTIONNEL COMPLEMENTAIRE

Je déclare choisir la formule optionnelle de garanties telle que définie dans la notice d'information remise par mon employeur. L'optionnel complémentaire est étendu automatiquement aux ayants droit définis ci-dessus si j'ai choisi l'option EXTENSION FAMILLE.

Datez et signez le document avec la mention « lu et approuvé »

Je soussigné (nom et prénoms)

- déclare avoir connaissance que la cotisation finançant l'extension famille et/ou l'amélioration des prestations de la formule optionnelle est entièrement à ma charge,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité Sociale
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations précédentes servant de base à mon affiliation au contrat et j'en prends la responsabilité même si elles ont été écrites par une autre personne.

Fait à le Signature de l'affilié
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

(1) Cocher la case si **uniquement** vous retenez l'option

Les informations vous concernant sont nécessaires au traitement de votre demande pour la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont destinées à l'ANIPS, à ses mandataires, prestataires, réassureurs, organismes professionnels et organismes participant à la gestion du contrat. Dans le cas où vous omettriez de fournir les informations sollicitées, votre demande ne pourra pas être retenue. Elles peuvent également être destinées aux partenaires de l'ANIPS. En application de la loi du 6 janvier 1978, en justifiant de votre identité, vous pourrez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant. Vos droits d'accès, de communication, de rectification et d'opposition peuvent être exercés en écrivant au siège social de l'Institution ou auprès de GROUPAMA Nord Est, partenaire de l'ANIPS, 2 rue Léon Patoux 51686 Reims Cedex 2.

ANIPS : Association Nationale Interprofessionnelle de prévoyance des salariés- Agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979 régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale. Siège Social 4-6 rue d'Alsace – 92033 La Défense CEDEX