Affiliation des ayants droit

A retourner à votre caisse de MSA

Assurance complémentaire Santé des salariés non cadres des exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne et de la Somme, des entreprises des territoires de Picardie et des propriétaires forestiers de l'Aisne relevant de l'Accord Régional du 17 juin 2009

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (à remplir par la société)

Raison sociale (Cachet)

Date d'effet de l'adhésion de l'entreprise ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

N° d'adhésion ANIPS _____

N° SIRET _____

Joindre pour chaque ayant droit relevant d'un régime non agricole une attestation papier de carte vitale et la photocopie d'une pièce d'état civil (extrait d'acte de naissance ou livret de famille).

IDENTIFICATION DE L'AFFILIÉ

Nom _____ Prénoms _____

Adresse _____

Code postal ⌊_____⌋ Bureau distributeur _____

Date de naissance ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

N° immat. MSA ⌊_____⌋ N° Organisme Affiliation MSA(1) ⌊_____⌋

Date d'entrée dans l'entreprise ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

Situation de famille : ☐ Célibataire (C) ☐ Marié (M) ☐ Veuf (V) ☐ Divorcé (D) ☐ Séparé (S) ☐ Concubinage (K) ☐ Pacsé (P)

Profession / Fonction _____

IDENTIFICATION DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN ET DES ENFANTS À CHARGE

Nom Prénoms (conjoint, partenaire ou concubin)	Date de naissance	N° Organisme S.S./MSA(1)	Immatriculation Personnelle N° Immatriculation S.S.
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋

Nom Prénoms (enfants à charge)	Date de naissance	Rattachement S.S./MSA		Immatriculation Personnelle N° Immatriculation S.S.
		Père	Mère	
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋			⌊_____⌋
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋			⌊_____⌋
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋			⌊_____⌋
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋			⌊_____⌋
	⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋			⌊_____⌋

(1) Ce numéro figure sur l'attestation de carte Vitale délivrée par la MSA ou la CPAM.

Je soussigné _____ (nom et prénoms)

- 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 du participant (à faire précéder de la mention "lu et approuvé")

AL_DA_picardie_Anips

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.

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense
Institution de Prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979 - régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale.
www.anips.fr

anips
EN PARTENARIAT AVEC
Groupama