

Bulletin d'affiliation à l'assurance complémentaire Frais de Santé des ayants droit

À retourner à votre Caisse de MSA

Accord National du 10 juin 2008 des non cadres de la Production agricole

Joindre, pour chaque ayant droit relevant d'un régime social de base 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'ENTREPRISE (à remplir par la société)

Raison sociale (Cachet)	Date d'effet souhaitée	_____
	N° d'adhésion ANIPS	_____
	Siret	_____

IDENTIFICATION DE L'AFFILIÉ - N° d'affiliation (à remplir par l'assureur)

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 n° figure sur l'attestation de carte Vitale délivrée par la MSA.

Je soussigné(e) _____ (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.

Les données personnelles concernant les bénéficiaires des garanties sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées à votre institution, ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par courrier à l'institution dont l'adresse figure ci-dessous.

Fait à _____

Le _____

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



EN PARTENARIAT AVEC

