

Affiliation des ayants droit

A adresser à votre Caisse de MSA

Assurance complémentaire Santé des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Nord-Pas de Calais relevant de l'Accord Régional du 2 juillet 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 - 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 :	<input type="checkbox"/> Célibataire (C) <input type="checkbox"/> marié (m) <input type="checkbox"/> Veuf (V) <input type="checkbox"/> Divorcé (D) <input type="checkbox"/> Séparé (S) <input type="checkbox"/> Concubinage (K) <input type="checkbox"/> 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 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.

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 intermédiaire d'assurance, à l'assureur et son distributeur, 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 vous adressant par courrier à votre institution (Direction des relations avec les consommateurs - ANIPS - Immeuble West Park 2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 NANTERRE). Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé, nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil à l'adresse ci-dessus qui vous répondra directement. Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Fait à _____

Signature de l'affilié (à faire précéder de la mention "lu et approuvé")

Le ____|____|____|

Document mis à disposition sur le site : www.anips.fr

Anips

EN PARTENARIAT AVEC

