Affiliation des ayants droit

A adresser 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 - 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 charget 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 réassureur 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 _____

Le ___ ___ _____

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

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

Anips

EN PARTENARIAT AVEC

Groupama