

BULLETIN D’AFFILIATION

Assurance complémentaire Frais de Santé des salariés non cadres
des Exploitations Viticoles de la Champagne D elimit ee



EN PARTENARIAT AVEC



CHOIX DES OPTIONS FACULTATIVES ET INDIVIDUELLES

Nouvel affiliée : Oui Non \Rightarrow Dans ce cas : Modification Radiation

Date d’effet souhait ee : ___ / ___ / ___

ENTREPRISE

Raison sociale (ou cachet)

SIRET |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

NUMEROS DES CONTRATS GARANTISSANTS L’AFFILIE(E)

CONTRAT _____

SOUS/CONTRAT _____

RESERVE A L’ASSUREUR

N  DE CONTRAT _____

N  D’AFFILIATION _____

EFFET _____ UNITE/PTF _____

IDENTIFICATION DE L’AFFILIE(E)

NOM _____ Prénom(s) _____

Adresse _____

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Téléphone |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| E-mail _____

N immatriculation MSA |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_| N  organisme affiliation MSA |_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Lieu de naissance _____

Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Concubinage

Fonction _____ Date d’entrée dans la fonction |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Choix de l’option EXTENSION FAMILLE

⁽¹⁾ 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 ⁽²⁾ ___ / ___ / ___ . Dans ce cas, j’indique ci-après mes ayants droit.

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

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

NOM PRENOMS * (enfants � charge)	DATE DE NAISSANCE	Rattachement S.S./MSA		IMMATRICULATION PERSONNELLE	
		Père	Mère	N� IMMATRICULATION S.S.	
				_ _ _ _	_ _ _ _
				_ _ _ _	_ _ _ _
				_ _ _ _	_ _ _ _
				_ _ _ _	_ _ _ _

* Pour chaque ayant-droit relevant d’un régime non agricole, joindre une attestation papier de carte vitale et la photocopie d’une pièce d’état civil (extrait d’acte de naissance ou livret de famille).

Choix d’Adhésion au REGIME OPTIONNEL COMPLEMENTAIRE

⁽¹⁾ Je déclare choisir la formule optionnelle de garanties telle que définie dans la notice d’information remise par mon employeur (je note que le régime optionnel complémentaire est étendu automatiquement à mes ayants-droit inscrits ci-dessus si j’ai choisi l’option EXTENSION FAMILLE), à effet du ___ / ___ / ___ .

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre affiliation et de vos garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, ses délégataires, ses mandataires, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. 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 du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition en vous adressant au médecin conseil de l'assureur. 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 . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS : oui non. Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____

- 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.
- Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci-dessus.

Fait à _____, le / /

Signature de l'affilié(e)

à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

Document à retourner à :

GROUPAMA NORD-EST
Pôle Prévoyance Collective
12 boulevard Roederer
CS 20049
51054 REIMS Cedex 2

(1) Cocher la case vous retenez l'option.

(2) Vous ne pouvez adhérer aux options avant d'atteindre l'ancienneté exigée pour bénéficier du régime conventionnel de base.

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 BP 1028 51686 REIMS CEDEX 2.

Groupama Nord-Est - Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles du Nord-Est - 2 rue Léon Patoux 51686 Reims cedex 2

383 987 625 RCS Reims - Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris - Tél. 03 26 97 30 30 - www.groupama.fr

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