Bulletin de choix des options et de déclaration des ayants droit

Anips
EN PARTENARIA AVEC
Groupama

À adresser à votre Caisse de MSA

Assurance Complémentaire Santé des salariés non cadres des exploitations agricoles (hors entreprises d'horticulture et de pépinières) du département de l'Allier relevant de l'Accord Départemental du 3 septembre 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 : _____ Prénom(s) : _____

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 _____

Choix de l'Option EXTENSION FAMILLE

☐ 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 _____. Dans ce cas, j'indique ci-après mes ayants droit, bénéficiant de l'option choisie.

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 (conjoint, partenaire ou concubin)	**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 délivré par la MSA ou la CPAM

Réf. 3350-83488-022025 - G2S - Studio/PAO

Choix de la Formule Optionnelle ☐ Niveau 1

Je déclare choisir la formule optionnelle de garanties cochée ci-dessus et telle que définie dans la notice d'information remise par mon employeur (je note que la formule optionnelle complémentaire est étendue automatiquement aux ayants droit choisis ci-dessus), à effet du _____

Je soussigné(e) _____ (nom et prénoms)

- 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,
- accepte le prélèvement des cotisations correspondant aux options que j'ai souscrites et qui sont indiquées dans la notice d'information remise par mon Employeur,
- je joins une autorisation de prélèvement(3) dûment remplie ainsi qu'un RIB,
- 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 soustraitants, 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

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés
Siège social : 2 boulevard de Pesaro – 92 000 Nanterre - Tél. : 01 70 94 03 16
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

Réf. 3350-83488-022025 – G2S - Studio/PAO

Autorisation de prélèvement

Anips
EN PARTENARIA AVEC
Groupama

Année 20 ____

Nom _____

Prénom _____

N° Sécurité sociale _____

Autorisation de prélèvement : à envoyer accompagnée d'un RIB

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les paiements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec l'organisme créancier.

N° national d'émetteur
558376

Nom, Prénom, Adresse du débiteur

Société _____

Nom _____

Prénom(s) _____

Adresse: _____

Code postal _____ Commune _____

Compte à débiter

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB

Nom et Adresse du Créancier

MSA Auvergne
16 rue Jean Claret
63972 Clermont-Ferrand Cedex 9

Établissement teneur du compte à débiter

Banque _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Fait à _____

Le _____

N'oubliez pas de joindre votre RIB

Signature (obligatoire)

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés
Siège social : 2 boulevard de Pesaro – 92 000 Nanterre - Tél. : 01 70 94 03 16
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

Réf. 3350-83488-022025 - G2S - Studio/PAO