

Bulletin de choix des options et de déclaration des ayants droit

**A retourner à : GROUPAMA NORD EST Pôle Prévoyance Collectives
12 boulevard Roederer CS 20049 51054 REIMS Cedex 2**

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

CHOIX DES OPTIONS FACULTATIVES ET INDIVIDUELLES

Nouvel affilié : ☐ Oui ☐ Non → Dans ce cas : ☐ Modification ☐ Radiation

Date d'effet souhaitée : _____

Identification de l'Entreprise (à remplir par la société)

Raison sociale (cachet)

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 _____

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

☐ ⁽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, 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		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	

*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)

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

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

Les informations vous concernant sont nécessaires au traitement de votre demande pour la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont destinées à l'ANIPS, à ses mandataires, prestataires, réassureurs, organismes professionnels et organismes participant à la gestion du contrat. Dans le cas où vous omettriez de fournir les informations sollicitées, votre demande ne pourra pas être retenue. Elles peuvent également être destinées aux partenaires de l'ANIPS. En application de la loi du 6 janvier 1978, en justifiant de votre identité, vous pourrez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant. 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.

Choix d'adhésion au régime optionnel complémentaire

☐ ⁽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 ⁽²⁾ _____

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,
- 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.

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

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

Les informations vous concernant sont nécessaires au traitement de votre demande pour la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont destinées à l'ANIPS, à ses mandataires, prestataires, réassureurs, organismes professionnels et organismes participant à la gestion du contrat. Dans le cas où vous omettriez de fournir les informations sollicitées, votre demande ne pourra pas être retenue. Elles peuvent également être destinées aux partenaires de l'ANIPS. En application de la loi du 6 janvier 1978, en justifiant de votre identité, vous pourrez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant. 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.

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