

CHOIX DES OPTIONS FACULTATIVES ET INDIVIDUELLES

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

Coordonnées de l'Entreprise
(Employeur)

Date d'effet de l'adhésion de l'entreprise :
N° d'adhésion ANIPS :

Raison sociale (Cachet) :

Coordonnées du salarié.
Remplir tous les champs

N° SIRET :

Identification de l'Affilié

N° d'affiliation
(à remplir par l'assureur)

NOM :

PRENOMS :

Cocher cette case si vous
souhaitez faire adhérer votre
famille

ADRESSE :

CODE POSTAL :

BUREAU DISTRIBUTEUR :

N° IMMAT.
MSA.

DATE DE NAISSANCE

N° ORGANISME AFFILIATION MSA

DATE ENTREE DANS L'ENTREPRISE:

Coordonnées du conjoint et
des enfants à charge

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire (C) Marié (M) Veuf (V) Divorcé (D) Séparé (S)

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.

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge

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

NOM PRENOMS (enfants à charge)	DATE DE NAISSANCE	Rattachement S.S./MSA		IMMATRICULATION PERSONNELLE	
		Père	Mère	N° IMMATRICULATION S.S.	

Cocher cette case si vous
souhaitez la formule
améliorée pour votre
famille

Choix d'Adhésion au RÉGIME OPTIONNEL COMPLEMENTAIRE

Datez et signez le document
avec la mention
« lu et approuvé »

Je déclare choisir la formule optionnelle de garanties telle que définie dans la notice d'information remise par mon employeur et l'option optionnel complémentaire est étendu automatiquement aux ayants droit définis ci-dessus si j'ai choisi l'option EXTENSION FAMILLE.

Je soussigné _____ (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,
- 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.

Fait à _____ le _____

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

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

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.

ANIPS Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés - 2 bd de Pesaro - Immeuble West Park 2 - 92024 Nanterre - 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.