Bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit

À adresser à votre Caisse de MSA

Assurance complémentaire Santé des salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure relevant de l'Accord du 9 juillet 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 _____

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 ___/___/___ [2]. Dans ce cas, j'indique ci-après mes ayants droit.

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 (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(e) _____ (nom et prénoms)

- déclare avoir connaissance que la cotisation finançant l'extension famille 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 sous-traitants, aux réassureurs 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 Elysées La Défense - 7 place du Dôme - 92056 Paris La Défense Cedex). 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")

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

(3) Document mis à disposition sur le site : www.anips-prevoyancesanteagricole.com

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés - Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 92099 La Défense Cedex. 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-prevoyancesanteagricole.com**

anips

EN PARTENARIAT AVEC

Groupama

images & légendes - Référence : 218986-EU-082011. À utiliser postérieurement à l'entrée en vigueur de l'Accord.