

## Assurance complémentaire Santé des salariés non cadres de la production agricole du département de la Saône-et-Loire relevant de l'Accord Départemental du 28 avril 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<sup>(1)</sup> | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | |<sup>(2)</sup>. 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 <sup>(1)</sup>	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	

<sup>(1)</sup> Ce n° figure sur l'attestation de carte Vitale délivrée par la MSA ou la CPAM

### CHOIX D'ADHÉSION AU RÉGIME OPTIONNEL COMPLÉMENTAIRE

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 aux ayants droit définis ci-dessus), à effet du | | | | | | | | | |<sup>(2)</sup>.

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.

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 \_\_\_\_\_

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

Le | | | | | | | | | |



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