

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)

Date d'effet de l'adhésion de l'entreprise :

N° d'adhésion ANIPS :

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

Raison sociale (Cachet) :

N° SIRET :

Identification de l'Affilié

N° d'affiliation

(à remplir par l'assureur)

NOM :

PRENOMS :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

BUREAU DISTRIBUTEUR :

N° IMMAT.

MSA.

DATE DE NAISSANCE

N° ORGANISME AFFILIATION MSA

DATE ENTREE 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.

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.	

* 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)

Choix d'Adhésion au REGIME OPTIONNEL COMPLEMENTAIRE

⁽¹⁾ 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 si j'ai choisi l'option EXTENSION FAMILLE), à effet du ⁽²⁾ _____.

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,
- 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.

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.

(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.

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.