

Bulletin de choix des options et de déclaration des ayants droit

Assurance complémentaire Santé des salariés non cadres
des exploitations agricoles du département du Cantal
relevant de l'Accord Départemental du 22 septembre 2009.

À adresser à votre Caisse de MSA

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, 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 ⁽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

CHOIX DE LA FORMULE OPTIONNELLE

NIVEAU 2 OU NIVEAU 3

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,
- 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 _____

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

Le _____



EN PARTENARIAT AVEC



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

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

