

Surcomplémentaire santé Essentiel Paysage Option Confort Facultatif



- BULLETIN D'AFFILIATION
- BULLETIN DE MODIFICATION

Identification de l'entreprise

Numéro SIRET : Code client Agrica (si déjà client) :
Raison Sociale :

Informations Salarié

N° Sécurité sociale : Numéro de client (si déjà client) :

Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

E-mail :@.....

Statut : Non cadre

Date d'Affiliation :

Garanties facultatives

Mon employeur adhère au contrat sur-complémentaire santé Essentiel Paysage.

En complément de l'Option Essentiel Plus souscrite par mon employeur, je demande mon affiliation à l'Option Confort Facultatif en choisissant le ou les modules suivants :

- Module Soins
- Module Optique/Dentaire
- Module Soins + Module Optique/Dentaire

L'affiliation au contrat prend effet :

- Soit à la date de prise d'effet de l'affiliation au contrat sur-complémentaire santé Essentiel Paysage, si la demande se fait simultanément ;
- Soit à une date ultérieure, le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la présente demande.

Affiliation des ayants droit à l'Option Confort Facultatif

Je demande l'affiliation de mes ayants droit :

AJOUT / SUPPRESSION	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	N° SECURITE SOCIALE	ORGANISME D'AFFILIATION

Les ayants droit affiliés bénéficient des mêmes garanties que le participant.

L'affiliation des ayants droit à l'Option Confort Facultatif prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du participant à l'Option Confort Facultatif si la demande se fait simultanément,
- le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande, le cas échéant

Modification des garanties (à ne remplir qu'en cas de demande de mise à jour)

Je souhaite modifier le niveau de garantie choisi antérieurement et opte désormais pour :

- Module Soins
 Module Optique/Dentaire
 Module Soins + Module Optique/Dentaire

Cette modification prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de ma demande. Elle s'applique également à l'ensemble des ayants droit affiliés à l'Option Confort Facultatif.

Déclaration du salarié

- Je certifie complètes et exactes les informations portées sur le présent bulletin
 Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans la Notice d'information qui m'a été remise préalablement à l'affiliation et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.

Fait à :

Le :

**Signature du salarié
précédée de la mention « lu et approuvé »**

Pièces à fournir avec le bulletin d'affiliation

Pour la souscription du contrat :

- relevé d'identité bancaire ;
- mandat SEPA dûment complété et signé par vos soins ;
- photocopie de votre carte d'identité en cours de validité ;
- photocopie de votre attestation de carte vitale.

Pour l'extension de garanties à vos ayants droit :

- photocopie de l'attestation de carte vitale de chacun de vos ayants droit à couvrir s'il(s) ne figure(nt) pas sur la vôtre ;
- photocopie du livret de famille ou du PACS, ou pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ;
- photocopie des pièces justificatives pour les enfants à charge.

**Document à renvoyer complété et signé, accompagné des pièces justificatives à
votre Caisse de MSA**