



Contrat Surcomplémentaire santé Essentiel
Option Confort Facultatif

BULLETIN D’AFFILIATION

BULLETIN DE MODIFICATION

→ **Identification de l’entreprise**

À remplir par l’employeur et le salarié en lettres capitales au stylo noir.

Numéro SIRET* : Code client Agrica (si déjà client) :

Raison sociale :

* Information disponible sur votre bulletin de paie.

→ **Identification du salarié**

N° Sécurité sociale : Code client Agrica (si déjà client) :

Nom d’usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Complément d’adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Courriel :@.....

Statut : cadre non cadre Taux d’activité (%) :

→ **Garanties facultatives**

● **Je choisis** 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 du participant à l’option collective Essentiel Plus, si la demande se fait simultanément,

soit à une date ultérieure, le 1^{er} jour du mois civil de la présente demande.

→ **Affiliation des ayants droit à l’Option Confort Facultatif**

● **Je demande l’affiliation de mes ayants droit :**

N° Sécurité sociale	Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Organisme d’affiliation
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

● **L’affiliation au contrat prend effet :**

le 1^{er} jour du mois civil lors de la souscription du participant , si celle-ci est concomitante,,

le 1^{er} jour du mois civil, qui suit la réception du présent bulletin par AGRI PRÉVOYANCE, notamment dans le cas où la situation de famille du participant évolue.

→ 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 qui suit la réception du dossier complet de ma demande.

→ Déclaration du salarié

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.

Fait à :

Le :

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

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :

- Avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricom ;
- Que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés ;
- Que les données recueillies par l'Institution lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

→ Pièces à fournir avec le bulletin d'affiliation

- Copie de mon attestation de droits au régime santé de base ;
- Copie de l'attestation de droits au régime de base de chacun de mes ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur la mienne ;
- Copie 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 ;
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.

Document à retourner complété et signé, accompagné des pièces justificatives, à votre caisse de MSA.