

Bulletin d'affiliation  de modification **IDENTIFICATION DE VOTRE EMPLOYEUR**Raison sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**M.  Mme  Mlle  Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | | |  
Numéro INSEE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° de téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville, Commune \_\_\_\_\_ Code postal | | | | |**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT ET VOS ENFANTS A CHARGE POUR L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS SANTE****Mon conjoint<sup>(1)</sup>**M.  Mme  Mlle  Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | | |  
Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_  
Numéro INSEE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
Nom et adresse de votre Caisse de Sécurité Sociale ou de MSA \_\_\_\_\_**Mes enfants à charge<sup>(1)</sup>**

Nom	Prénom	Date de naissance	N° INSEE	MSA/CPAM/autre

(1) tels que définis à l'article 2-1 de la notice d'information.

En cas de modification de votre situation de famille, vous êtes tenu d'en informer AGRI PREVOYANCE.

**AFFILIATION ET CHOIX DES GARANTIES**

- Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information
- Je déclare vouloir m'affilier seul, je choisis la **formule « isolé »**
- Je déclare vouloir m'affilier avec mon conjoint et mes enfants à charge, je choisis la **formule « famille »**

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation et au versement des prestations Santé, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

**CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS A VOTRE EMPLOYEUR QUI L'ADRESSERA A VOTRE MSA****PIECES A FOURNIR AVEC LE BULLETIN D'AFFILIATION**

- la photocopie du Livret de Famille.
- la photocopie des attestations de droit de la carte vitale pour l'ensemble des personnes affiliées.
- la photocopie des pièces justificatives pour les enfants à charge de plus de 18 ans (certificat de scolarité).
- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.
- un extrait d'acte de naissance de l'enfant si les parents ne sont pas mariés.

La loi n° 2004-81 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle garantit aux bénéficiaires pour les données les concernant, un droit d'accès et de rectification auprès de l'Institution destinataire de la demande. Les données ainsi communiquées ne peuvent être transmises à des tiers sans autorisation expresse du bénéficiaire.