

BULLETIN D’AFFILIATION - PRODUCTION AGRICOLE 72 ET 53

AFFILIÉ(E)

Nom _____ Prénom(s) _____
Adresse _____
Code postal [][][][][][] Commune _____
Téléphone [][][][][][][][][][] E-mail _____
N° immatriculation RO [] Date de naissance [][][][][][][][][][] Lieu de naissance _____
Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Concubinage
Fonction _____ Catégorie : Non cadre Salarié à employeurs multiples : Oui Non
Date d’entrée dans la fonction [][][][][][][][][][] Date d’affiliation au contrat [][][][][][][][][][]
Salaires annuel brut _____ Taux de temps de travail _____ %, si inférieur à 100 %, préciser raison : personnelle médicale⁽³⁾
Date de suspension du contrat de travail [][][][][][][][][][] Date de retour prévue : [][][][][][][][][][]
Motif : Maternité Arrêt de travail Invalidité Congé parental Congé formation Congé sabbatique Autre _____

ENTREPRISE

Raison sociale (ou cachet)

NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L’AFFILIÉ(E)

CONTRAT _____
SOUS/CONTRAT _____
RÉSERVÉ À L’ASSUREUR
N° DE CONTRAT _____
N° D’AFFILIATION _____
EFFET _____ UNITE/PTF _____

IDENTIFICATION DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN ET DES ENFANTS À CHARGE

Nom - Prénom(s)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° immatriculation RO

AFFILIATION AU CONTRAT SANTE : OPTIONS

CHOIX D’UNE OPTION INDIVIDUELLE

- Je ne souhaite pas bénéficier d’une couverture santé supérieure.
 Je veux bénéficier d’une couverture supérieure ; j’ai noté que le différentiel de cotisation due pour cette option est exclusivement à ma charge :

FORMULE MISE EN PLACE PAR L’ENTREPRISE	OPTIONS FACULTATIVES POSSIBLES
<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2
<input type="checkbox"/> Formule 1 bis	<input type="checkbox"/> Formule 1 bis
<input type="checkbox"/> Formule 2	

AFFILIATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

Si le rattachement de ces catégories est laissé à votre choix, vous avez la possibilité d’affilier votre conjoint et/ou vos enfants.

- Je m’affilie seul au contrat santé.
 Je souhaite affilier au contrat santé : Conjoint Enfant(s)
J’ai bien noté qu’ils seront obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que moi-même.

DOCUMENTS À JOINDRE

- Un RIB et une copie de votre attestation de droits à l’assurance maladie ainsi que celles de votre conjoint, de vos ayants droit et leurs certificats de scolarité le cas échéant.
- Le mandat de prélèvement SEPA si vous devez payer le différentiel de cotisation de votre option et/ou de vos ayants droit.
 - Si le mandat de prélèvement SEPA et le RIB ne sont pas joints au bulletin d’affiliation ou si le mandat est incomplet, votre demande éventuelle de souscription d’une option ou d’affiliation de vos conjoint/enfants sera considérée comme irrecevable. Dans ce cas, vous bénéficierez uniquement de la couverture obligatoire prévue au contrat.
 - En cas de rejet d’un prélèvement mensuel ou d’impossibilité de prélever la cotisation individuelle, les demandes de prélèvement suivantes seront majorées de plein droit du montant des cotisations arriérées non acquittées. En cas de non-paiement, une mise en demeure sera adressée et à l’issue du délai réglementaire, l’ensemble des éventuelles couvertures facultatives souscrites sera résilié.

AFFILIATION AU CONTRAT PRÉVOYANCE : ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL DÉCÈS

Si la clause contractuelle n’est pas adaptée à votre situation familiale ou ne correspond pas à votre volonté, une désignation bénéficiaire particulière peut être rédigée. Dans ce cas, il est indispensable de préciser pour chaque bénéficiaire, autre que votre conjoint ou partenaire de PACS : leurs nom (nom de naissance), prénom, date et lieu de naissance et éventuellement la quote-part de prestation attribuée à chaque bénéficiaire. En l’absence, en fin de désignation, de la mention “à défaut mes héritiers”, le capital décès risque d’être intégré à votre succession, avec privation des avantages de l’assurance vie (article L132-11 du code des assurances). Je soussigné(e), affilié(e) au contrat visé ci-dessus, désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : _____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l’objet d’une acceptation. **Il est précisé que l’attribution faite au profit d’un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l’acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes :** tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l’objet au moins trente jours après la date d’effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d’un avenant signé de l’assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d’un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L’acceptation n’est opposable à l’assureur que lorsqu’elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s’en prévaloir.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles vous concernant 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 affiliation et de vos garanties. Elles sont destinées à l’intermédiaire d’assurance, votre assureur et son distributeur, ses mandataires et sous traitants, aux réassureurs et organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le financement du terrorisme. Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. 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 du secret médical. 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 au médecin conseil de l’assureur et à son service médical. Vous disposez d’un droit d’accès et de rectification en vous adressant au médecin conseil de l’assureur. Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, ci-dessus. 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 . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS : oui non. Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____

- reconnais avoir reçu et conservé un exemplaire de la notice d’information du contrat correspondant aux garanties que j’ai demandées et en avoir pris connaissance,
- certifie la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l’affiliation au contrat susvisé et j’en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l’affiliation conformément à l’article L113-8 du code des assurances.
- reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatiques et libertés ci-dessus.

Fait à _____,
le / /

Signature de l’affilié(e)
À faire précéder de la mention "lu et approuvé"

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À compléter pour toute souscription facultative : conjoint, enfants, surcomplémentaire du salarié et de ses ayant droits.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupama centre manche à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de Groupama centre manche. Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d’engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l’entreprise d’assurance.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Raison sociale _____
Prénom(s) _____ Date de naissance / /
Adresse : n° et rue _____
Code postal Commune _____ Pays _____

IBAN (International Bank Account Number) :

BIC (Bank Identifier Code) :

↑
à compléter éventuellement
si compte à l'étranger

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

GROUPAMA Centre Manche - 10, rue Blaise Pascal CS 40337 - 28008 Chartres Cedex

N° ICS : FR66ACC412624 (identifiant Créancier SEPA)

Paiement récurrent / répétitif

Date / /

Joindre obligatoirement un relevé d’identité bancaire (R.I.B.).

Signature du titulaire du compte

Les informations contenues dans le présent mandat, complété, sont destinées à être utilisées par le créancier pour la seule gestion de sa relation avec vous. Elles pourront donner lieu à l’exercice des droits d’accès, de rectification et d’opposition, tels que prévus par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

GROUPAMA Centre Manche Parc Tertiaire du Jardin d’Entreprises - 10, rue Blaise Pascal CS 40337 - 28008 Chartres cedex
Tél. : 02 37 88 38 38 - Fax : 02 37 35 52 28 - Entreprise régie par le Code des Assurances - N° SIRET : 383 853 801 00207

Groupama Gan Vie - Siège social : 8-10 rue d’Astorg, 75008 Paris - Société anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé)
340 427 616 RCS Paris - APE : 6511Z - Entreprise régie par le code des assurances.

Entreprises soumises à l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris



Toujours là pour moi.