

Bulletin d'affiliation

Entreprise

Convention collective nationale de la Branche de l'aide,
de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)
[N°3381]
Salariés et ayants droit

1/ Adhésion base prime obligatoire

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET : _____

N° de contrat : _____ M

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Date souhaitée pour l'affiliation : _____

Fait à : _____

Date : _____

Cachet et signature obligatoires de l'entreprise

2/ Partie à compléter par le salarié

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Régime général (A01) Régime local (A18)

N° de Sécurité sociale : _____

Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion, je coche ICI

3/ Adhésion facultative

Je demande l'adhésion de ma famille,
au régime Frais de Santé à la date du :

0 1 _____

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet et je coche le régime dans le tableau.

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif
CONFORT ou CONFORT +,

date d'effet : 0 1 _____

Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs. L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé l'adhésion pour ma famille au régime frais de santé.

Pour faciliter votre affiliation (ou votre demande de modification)

- 1 - Faites remplir la partie à compléter par l'entreprise à votre employeur
- 2 - Ecrivez en lettres CAPITALES
- 3 - Cochez soigneusement vos demandes d'adhésions facultatives (au dos du document) :
 - Adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information)
 - Option en formule confort ou confort +
- 4 - Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre
- 5 - Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous ne demandez ni adhésion de votre famille, ni option)
- 6 - Dated et signez votre bulletin d'affiliation
- 7 - Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001
- 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre d'AG2R LA MONDIALE dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant. Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres d'AG2R LA MONDIALE ou à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Vous disposez de différents droits dont celui de demander l'accès aux données vous concernant ou de vous opposer à la mise en œuvre d'un traitement. Vous avez également la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 14-16, boulevard Maeshherbes 75008 Paris, ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

4/ Cotisations des adhésions facultatives

Les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal – je coche ici pour un prélèvement le 15 du mois.

Base Prime ⁽¹⁾ facultative		Formule « Confort » facultative <input type="checkbox"/>			Formule « Confort + » facultative <input type="checkbox"/>		
Conjoint	Enfant ⁽²⁾	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾	Salarié	Conjoint	Enfant ⁽²⁾
		OA1	OF1	OF1	OA2	OF2	OF2
<input type="checkbox"/> Régime Général - (F01)	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire .						
<input type="checkbox"/> Régime Local - (F18)							

(1) obligatoire pour le salarié, prélevé par l'employeur sur le salaire
 (2) gratuité à partir du 3^e enfant

Les membres de ma famille qui bénéficieront du régime de Frais de Santé.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(3)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(3) Je m'oppose à la télétransmission je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion – Je coche la case.

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(les) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI .
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la Sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date de signature figurant sur le bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

- Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à : _____

Date :

Signature obligatoire de l'assuré

Retourner tous les documents dans la même enveloppe

Mandat de prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'entreprise d'assurance.

Identifiant Créancier SEPA
FR1230Z387018

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Nom : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Compte à débiter – paiement récurrent

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Fait à : _____ Le : _____
Signature du titulaire du compte à débiter :

N° de sécurité sociale de l'assuré : _____

Destinataire du paiement

AG2R prévoyance
12 Rue Edmond Poillot
28931 Chartres cedex 9

Destinataire du mandat

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliations

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



AG2R LA MONDIALE

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270