

2/ Votre adhésion facultative

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié.

Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement à terme échu par le prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois. Cochez ici pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

N° de contrat OEF8682M – Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés dans la notice d'information).

La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraîne la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif :

0 1 (Si non renseignée, c'est la date du 1^{er} jour du mois qui suit la demande qui sera retenue).

Régime de Sécurité sociale de mes ayants droit :

Régime général (001) Régime local (018)

Je demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel (cochez la formule choisie) :

Option 1 (100)

Option 2 (200)

Vous adhérez pour vous-même et le cas échéant, les membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé.

La formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Dates d'adhésion au régime optionnel : 0 1 (Si non renseignée, c'est la date du 1^{er} jour du mois qui suit la demande qui sera retenue).

Cotisation mensuelle

Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire.

Bénéficiaires à couvrir moyennant le paiement des cotisations correspondantes

Nom – Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS⁽²⁾			
			<input type="checkbox"/>
Enfants à charge⁽³⁾ (en cas d'enfants supplémentaires, merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe)			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(1) Veuillez cocher cette case si vous ne souhaitez pas que les échanges automatisés soient mis en place avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de votre régime obligatoire ou d'une éventuelle autre mutuelle pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

(2) Lorsque l'entreprise paie les cotisations du gérant majoritaire, le conjoint doit remplir un bulletin d'adhésion séparé de son époux.

(3) La cotisation du 3^e enfant et plus est gratuite.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L.932-15-1 et R.932-2-3 du Code de la Sécurité sociale, qui sont reproduits dans la notice d'information du contrat.

Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

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 pris connaissance que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies par la notice d'information.

Fait à : _____
Date : _____
Signature obligatoire du salarié

