

Ce BIA concerne les adhésions pour lesquelles l'entreprise a choisi de couvrir le salarié par un régime «base + option» obligatoire; possibilité d'affilier les ayants droit en facultatif.

Base + option 1

Collège

- Personnel non cadre
- Personnel cadre
- Ensemble du personnel

Base + option 2

Collège

- Personnel non cadre
- Personnel cadre
- Ensemble du personnel

MODE D'EMPLOI

1- sélectionner l'option prise par l'entreprise.

(une fenêtre peut apparaître indiquant que l'on ne peut pas enregistrer > faire fermer);

2- compléter si souhaité la signalétique de l'entreprise;

3- imprimer page 2 à 4 (soit sur l'imprimante, soit avec PDFCreator pour en faire un pdf);

4- fermer le PDF (cliquer sur supprimer les données et fermer le formulaire).

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celle-ci s'effectue mensuellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire.

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé, à ma famille, au régime de BASE + OPTION (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 : (Si non renseignée, c'est la date du premier jour du mois suivant la demande qui sera retenue) : 0 1 | | | | | | | | | |

Régime de sécurité sociale de mes ayants droit : Régime général

Régime local

La date d'adhésion au régime optionnel est égale à la date d'adhésion du salarié au régime surcomplémentaire obligatoire.

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint(2)			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
Enfants(3)			
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>

(1) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Réunica Prévoyance par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

(2) Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

(3) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe.

Commercialisation par une technique de vente à distance ou démarchage.

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 régime. Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion. J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Réunica 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 dans la notice d'information.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à: _____

Date: |_|_|_|_|_|_|_|

Signature **obligatoire** du salarié

