

Adhésion facultative : adhésion de la famille

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif

Date d'effet : 0 1 | | | | | | | | | |

(Si la date n'est pas renseignée, l'option prendra effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande)

Membres de la famille qui bénéficieront du régime de frais de santé

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS ⁽²⁾	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
Enfants à charge ⁽²⁾	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>

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

(2) Ayants droit pris en charge tel que prévu dans la notice d'information.

Les cotisations de l'adhésion pour moi-même et ma famille sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées mensuellement directement sur mon compte bancaire/postal.

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

Si les prestations du bénéficiaire doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le relevé d'identité bancaire correspondant.

- 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 de renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à :

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

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres d'AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services. Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en oeuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande.

Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Mandat de prélèvement

Convention collective nationale des Professions
de la Photographie (IDCC - 3168)

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 :

Numéro 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 affiliation

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 Malesherbes 75008 Paris
- Siren 333 232 270