AG2R LA MONDIALE

Mutuelle d'assurance des Risques Civils de la Boulangerie

UMS

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale des Entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie [N°3117]

Régimes complémentaire et surcomplémentaire facultatifs - Ayants droit de salarié

IDENTIFICATION DU SALARIÉ DE L'ENTREPRISE

Contrat N° : 0LQ9451M

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
E-mail : _____
Date de naissance : _____
N° de Sécurité sociale : _____ _____

POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION

1 – Écrivez en lettres CAPITALES.

2 – Cochez soigneusement vos demandes d'adhésions facultatives (au dos du document) :
- adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information);
- choix d'une option complémentaire.

3 – Joignez la photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale de chaque ayant droit assuré social en nom propre.

4 – Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever.

5 – Datez et signez le bulletin d'affiliation.

6 – Adressez le tout à : UMS - CCN 3117 SANTÉ
58 boulevard Hubert Deslile - BP 388 - 94457 SAINT PIERRE CEDEX

Pour tout renseignement : 0 262 25 80 80

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE - 104-110 BOULEVARD HAUSSMANN 75008 PARIS – MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA.
RCBF, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES MUTUELLE À COTISATIONS VARIABLES – ENTREPRISES RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES – SIÈGE SOCIAL : 27 AVENUE D'EYLAU – 75782 PARIS CEDEX 16.

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 au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

☐ **Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif et je coche l'option choisie dans le tableau,**

date d'effet : 0 1

Je coche la formule choisie dans le tableau.

L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé l'adhésion pour ma famille au régime frais de santé.

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES

Toutes les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées chaque trimestre directement sur mon compte bancaire/postal.

BASE	OPTION 1 ☐	OPTION 2 ☐
	AP1	AP2
☐ Régime général (A01) ☐ Régime Alsace Moselle (A18)	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire	

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

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint (2), concubin ou partenaire de PACS			
			☐
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus(3)			
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

(1) JE M'OPPOSE À LA TÉLÉTRANSMISSION JE DOIS DONC ADRESSER MES DOCUMENTS À MON CENTRE DE GESTION – JE COCHE LA CASE.
(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 3e ENFANT ET PLUS EST GRATUITE. EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER DES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE

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'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du régime.
- 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 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

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 œuvre 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.

112017-67407

Référence unique du mandat	**Mandat de Prélèvement SEPA**	
	U M S - C O N T R A T S A N T E	UMS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **Union Mutualité Solidarité** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'**Union Mutualité Solidarité**.
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.

Votre Nom .....
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse .....
Numéro et nom de la rue

Code Postal *Ville*

Les coordonnées de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier **UNION MUTUALITE SOLIDARITE**
Nom du créancier

I.C.S **FR48ZZZ398107**
Identifiant du créancier SEPA

58 BOULEVARD HUBERT DELISLE
Numéro et nom de la rue

97410 **SAINT PIERRE**
Code Postal *Ville*

REUNION
Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à
Date : jj/mm/aaaa

Signature(s) du débiteur Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur .....
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) .....
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

.....
Code identifiant du tiers débiteur

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....
Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné .....
Numéro d'identification du contrat

.....
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat sont obligatoires ; à défaut, votre demande ne pourra être traitée. Ces informations sont destinées à être utilisées par l'UMS, pour la seule gestion de la relation avec ses clients. Ces informations seront conservées pendant la durée de validité du mandat, et ce, jusqu'à révocation de votre accord. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information vous concernant. Pour cela, merci d'adresser un courrier, précisant l'objet de votre demande, accompagné d'une copie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité, à : Union Mutualité Solidarité : 58 boulevard Hubert Delisle – BP 388 - 97457 Saint Pierre Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des informations vous concernant, dans les conditions précitées. Vous disposez enfin du droit de donner des directives, générales ou particulières, relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier UMS
UNION MUTUALITE SOLIDARITE **58 BOULEVARD HUBERT DELISLE** **BP 388** **97457 SAINT PIERRE**	