

ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet à la même date que celle du (de la) salarié(e) 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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	OPT 1 <input type="checkbox"/>	OPT 2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RSI	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par	
<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle	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, concubin ou partenaire de PACS			
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus (2)			
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<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) : LA COTISATION DU 3^e 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 : <input type="text" value=""/>
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 du Groupe 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 au Groupe 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.

Référence unique du mandat	Mandat de Prélèvement SEPA																									
	U	M	S	-	C	O	N	T	R	A	T	S	A	N	T	E										
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Union Mutualité Solidarité à envoyer des instructions à votre banque pour débi- ter votre compte, et (B) votre banque à débi- ter 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.</p>																										
Votre Nom <i>Nom / Prénoms du débiteur</i>																										
Votre adresse <i>Numéro et nom de la rue</i>																										
..... Code Postal Ville																										
Les coordonnées de votre compte <i>Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)</i>																										
..... <i>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</i>																										
Nom du créancier UNION MUTUALITE SOLIDARITE <i>Nom du créancier</i>																										
I.C.S FR48ZZZ398107 <i>Identifiant du créancier SEPA</i>																										
58 BOULEVARD HUBERT DELISLE <i>Numéro et nom de la rue</i>																										
97410 SAINT PIERRE <i>Code Postal Ville</i>																										
REUNION <i>Pays</i>																										
Type de paiement Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>																										
Signé à <i>Date : jj/mm/aaaa</i>																										
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 <i>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</i>																										
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) <i>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.</i>																										
..... <i>Code identifiant du tiers débiteur</i>																										
..... <i>Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.</i>																										
..... <i>Code identifiant du tiers créancier</i>																										
Contrat concerné <i>Numéro d'identification du contrat</i>																										
..... <i>Description du contrat</i>																										
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 : UNION MUTUALITE SOLIDARITE 58 BOULEVARD HUBERT DELISLE BP 388 97457 SAINT PIERRE															Zone réservée à l'usage exclusif du créancier UMS											