



VOTRE ADHÉSION OBLIGATOIRE A LA FORMULE Base (Partie à compléter par l'entreprise)

N° de contrat AG2R REUNICA Prevoyance :
Raison sociale de l'entreprise :
N° SIRET :
Adresse :
Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL
Régime de sécurité sociale : Régime Général
Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : 01 00 0000

Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

Fait à : _____ Date : 00 00 0000

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

VOTRE IDENTITÉ

NOM d'usage : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : 00 00 0000 N° de Sécurité Sociale : 0000000000000000

Régime de sécurité sociale : Régime général Régime Alsace Moselle

Adresse : _____

Code Postal : 00000 Ville : _____

Téléphone : 00 00 00 00 00 E-Mail : _____@_____

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires du groupe AG2R La Mondiale
 Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis au gestionnaire par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer Motif :

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

Fait à : _____ Date : 00 00 0000

Signature **obligatoire** du salarié

VOS DÉMARCHES

Pour permettre l'enregistrement de votre affiliation :

- Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
- Ecrivez en lettres CAPITALES
- Complétez le verso de ce document si vous souhaitez adhérer à une option facultative ou couvrir vos ayants droit tel que désignés dans la notice d'information
- Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistrée) :
 - Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale en cours de validité et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre (si votre contrat le prévoit).
 - Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB
- Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime obligatoire souscrit par votre employeur)
- Dater et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille

Pour tout renseignement :

Les données à caractère personnel traitées par l'institution sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de la part des bénéficiaires, les 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 la part des bénéficiaires, l'institution pourrait ne pas être en mesure de donner suite à leur demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion du présent contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Ces données seront conservées pour la durée du présent contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription. Les bénéficiaires disposent 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-Conformité et Déontologie - 110 Bd Hausmann - 75379 Paris Cedex 8 ou par mail à informatique.libertes@ag2rmondiale.fr. En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

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

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

La suspension ou la résiliation du régime obligatoire souscrit par votre employeur 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 régime de base souscrit par votre employeur qui sera retenue) :

Si vos ayants droit ne relèvent pas du même régime de sécurité sociale que vous, merci de nous contacter.

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

Formule Option 1

Formule Option 2

Formule Option 3

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.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du régime obligatoire souscrit par votre employeur qui sera retenue) :

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

Nom - Prénom Conjoint(2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Télétransmission (1)
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Enfants(3)			
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

(1) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis au gestionnaire par ma Caisse d'Assurance Maladie. Je coche la case pour m'y opposer Motif : _____ (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 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

MANDAT DE PRELEVEMENT

Offre numéro :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le destinataire du paiement mentionné ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions.

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
 AG2R REUNICA PREVOYANCE
 12 rue Edmond POILLOT
 28931 Chartres cedex 9

Identifiant du créancier : FR1230Z387018

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
 (A compléter)

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :
 Ville :

N° de Sécurité sociale de l'assuré

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPTE A DEBITER

IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent

A _____ . le ___ / ___ / ___

Signature :

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 contenu 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.

A retourner à : AG2R LA MONDIALE Affiliations santé TSA 10032 59711 Lille	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou du destinataire du paiement
---	--