

2/ Adhésion facultative : adhésion de la famille

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) prendra effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande.

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.

3/ Cotisations des adhésions facultatives

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.

	Base	■ Option 1 (OP1)	■ Option 2 (OP2)
<input type="checkbox"/> Régime général (051)			
<input type="checkbox"/> Régime local (058)			

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

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="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus⁽²⁾			
			<input type="checkbox"/>
			<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) 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 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



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main sur demain

Santé

choc'Alliance
La protection sociale de ma profession



Mandat de prélèvement

CCN des détaillants, détaillants-fabriquants de la confiserie, chocolaterie biscuiterie (N°3224)

Régimes de base et surcomplémentaire facultatifs

Travailleurs non salariés (TNS) et ayants droit

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.chocalliance.fr

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.

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 _____

Identifiant Créancier SEPA

FR1230Z387018

Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance - 12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

Destinataire du mandat

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance - Service affiliations

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). Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole-France - 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX, ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.



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, bd Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.