

Partie à compléter par le salarié

Nom de naissance : _____
Nom marital : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Téléphone : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

N° Sécurité sociale : _____

Veuillez cocher cette case si vous ne souhaitez pas que les échanges automatisés soient mis en place avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de votre régime obligatoire ou d'une éventuelle autre mutuelle pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

3/ Adhésion des ayants droit

Les ayants droit 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 28 ans inclus sous conditions et/ou autres personnes à charge			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(1) Veuillez cocher cette case si vous ne souhaitez pas que les échanges automatisés soient mis en place avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de votre régime obligatoire ou d'une éventuelle autre mutuelle pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

4/ Adhésion facultative

N° de contrat : _____ M

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif,
Date d'effet : _____
Je coche la formule choisie dans le tableau ci-dessous.

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) et/ou l'option, prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

5/ Cotisations de l'option facultative

Les cotisations de mon adhésion à l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal.

	■ Option 1	■ Option 2	■ Option 3
Salariés et Ayants droit	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire		

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

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur des comptes différents, 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 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 contrat.

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 par la notice d'information.

Fait à : _____
Date : _____
Signature obligatoire du salarié



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé
SuperSanté

Mandat de prélèvement

CCN du Commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire - Brochure n° 3305 IDCC 2216

Anciens salariés et ayants droits

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

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 affiliations

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 -
Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes
75008 Paris - Siren 333 232 270.