

Bulletin d'affiliation

Convention collective nationale des détaillants,
détaillants-fabriquants de la confiserie, chocolaterie,
biscuiterie (N°3224)

Ancien salarié et ayants droit

Réservé à l'institution

Code vendeur : _____

Code vendeur : 99VPCR

N° de contrat : _____ M

Adhésion facultative au régime de base souscrit par l'entreprise

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Régime général (A01) Régime local

Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion, je coche ICI

Date souhaitée d'affiliation : 0 1 _____

Je prends connaissance du montant de(s) cotisation(s) mensuelle(s) sur la fiche tarifaire jointe en annexe. Les taux de cotisations pourront évoluer en fonction des résultats techniques constatés et des évolutions réglementaires.

Pour faciliter votre affiliation (ou votre demande de modification)

1. Faites remplir la partie à compléter par l'entreprise à votre employeur
2. Ecrivez en lettres CAPITALES
3. Cochez soigneusement votre demande d'adhésion facultative
- Option d'amélioration de garanties
4. Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale
5. Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous ne choisissez pas d'option).
6. Dated et signez votre bulletin d'affiliation
7. Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX Cedex 1

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

Adhésion facultative au régime optionnel

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif

Date d'effet : 0 1 _____ (Si la date n'est pas renseignée l'option prendra effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande)

- _____
- _____
- _____

Adhésion facultative : adhésion de la famille

Je demande l'adhésion de la famille

au régime de 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.

Membres de la famille qui bénéficieront du régime de frais de santé

Régime de base	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS ⁽²⁾			<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à 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) Ayants droit pris en charge tel que prévu dans la notice d'information.

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.

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

Si les prestations du bénéficiaire doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le relevé d'identité bancaire correspondant.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI .
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la sécurité sociale qui sont reproduits dans 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

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 oeuvre 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.

