



Bulletin de modification

au régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés des organismes de Sécurité sociale

Document à compléter et à retourner au service RH de votre organisme

À compléter par l'employeur

Nom de l'organisme : _____

SIRET : _____

n° Entreprise : _____

N° de contrat : _____

Date : _____

Signature et cachet de l'employeur

Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial : _____

n° d'agent : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

Date d'effet de la modification _____

Changement état civil : renseigner votre nouvelle situation
ci-dessous, compléter uniquement les zones nécessaires.
Vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

M. Mme Mlle

Nom du salarié * : _____

Prénom : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale

PACS Divorcé(e) Veuf-veuve

Changement d'adresse : renseigner votre nouvelle adresse
ci-dessous

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Changement de coordonnées bancaires : Vous devez joindre
le nouveau relevé d'identité bancaire (préciser le bénéficiaire)

Changement de régime social (préciser le bénéficiaire)

Changement de centre de Sécurité sociale : vous devez
joindre la nouvelle attestation vitale.

Changement de bénéficiaires* : renseigner les ajouts,
modifications, suppressions d'ayants droit ci-dessous.
Vous devez joindre la ou les attestation(s) vitale(s).

Pour l'ajout et/ou la radiation d'un ayant droit, reférez-vous à
votre notice d'information pour joindre le justificatif requis.

1- Adhésion obligatoire

	Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Échange NOEMIE**
Conjoint à charge				
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> M.			<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Modification	<input type="checkbox"/> Mme	_____	_____	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suppression	<input type="checkbox"/> Mlle			
Enfants à charge (pour les jumeaux, préciser le rang)				
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> M.			<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Modification	<input type="checkbox"/> Mme	_____	_____	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suppression	<input type="checkbox"/> Mlle			
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> M.			<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Modification	<input type="checkbox"/> Mme	_____	_____	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suppression	<input type="checkbox"/> Mlle			

2- Adhésion facultative

	Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Échange NOEMIE**
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> M .			<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Modification	<input type="checkbox"/> Mme	_____	_____	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suppression	<input type="checkbox"/> Mlle			
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> M .			<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Modification	<input type="checkbox"/> Mme	_____	_____	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Suppression	<input type="checkbox"/> Mlle			

* Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, née y.

** Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.

Pour l'ajout et/ou la radiation d'un ayant droit, referez-vous à votre notice d'information pour joindre le justificatif requis.

Date : _____

Signature du salarié

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance, ainsi que pour l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Vos données sont également collectées et traitées afin de poursuivre nos intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients, au travers de la mise en œuvre d'opérations de prospection, et de la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayant-droits, aux membres de AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

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, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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@ag2rmondiale.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.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :
<https://www.ag2rmondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles> .