AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain

# Bulletin d'affiliation santé

Entreprises d'Expédition et d'Exportation de Fruits et Légumes (N°3233)

## Votre adhésion obligatoire à la formule

**Partie à compléter par l'employeur**

N° de contrat AG2R Prévoyance: M

Raison sociale :

N° de SIRET :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Collège concerné : Ensemble du personnel

Structure de cotisation : Salarié

Régime social de l'entreprise : ☐ Régime général
☐ Régime local

Date d'adhésion du salarié : 0 1

Régime de Sécurité sociale du salarié : ☐ Régime général
☐ Régime local

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

Fait à :

Date :

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

## Votre identité

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

☐ J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE.

☐ Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assirance maladie. Je coche la case ☐.

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

## Vos démarches

**Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :**

1. Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
2. écrivez en lettres CAPITALES
3. Complétez le verso de ce document si vous souhaitez adhérer à une option facultative ou couvrir vos ayants droit
4. Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistré) :
   - Photocopie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre
   - 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
5. Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
6. Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7. Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

**Pour tout renseignement :**
https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-entreprises-expedition-exportation-fruits-legumes

Vos données à caractère personnel collectées au moyen de ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat par votre organisme d'assurance et au respect des obligations légales qui lui incombent au titre du devoir de conseil et de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription. 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.
Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.
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/ag2rlamondiale.fr/protection-des-données-personnelles

## Adhésion facultative

☐ **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) prend effet au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

☐ **Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif**,
date d'effet : 0 1
Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs.
L'option s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé l'adhésion pour ma famille au régime Frais de Santé.

## Cotisations des adhésions facultatives

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

| | Base | | ☐ OPTION 1 (OP1) | | ☐ OPTION 2 (OP2) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Adulte | Enfant | Adulte (0F1) | Enfant (0F1) | Adulte (0F2) | Enfant (0F1) |
| ☐ **Régime général – (F01)**<br>☐ **Régime local – (F18)** | | | Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire | | | |

**Les membres de ma famille qui bénéficieront du régime Frais de Santé.**

| Nom – Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité sociale | (1) |
|---|---|---|---|
| Conjoint, concubin ou partenaire de PACS | | | |
| | | | ☐ |
| Enfants à charge (2) | | | |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |
| | | | ☐ |

(1) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie
Je coche la case pour m'y opposer
(2) En cas d'enfants supplémentaires, merci d'indiquer les éléments 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'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** du salarié

AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain

# Mandat de prélèvement

**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 :

**Destinataire du paiement**

AG2R Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal**

**Compte à débiter – Paiement récurrent**
BIC (Bank identification code)

IBAN (International bank account number)

**Destinataire du mandat**

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliation

Fait à : Le :
Signature du titulaire du compte à débiter :

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 contenue 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.

**Numéro de Sécurité sociale de l'assuré**

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 boulevard Malesherbes 75008 Paris – Siren 333 232 270

042021-96136