



**AG2R LA MONDIALE**

Prendre la main  
sur demain

Santé

# Fiche de correspondance

## CCN Optique - Lunetterie de détail (n° 3084)

**Salarié**

Adresse retour :

- par e-mail : [cg-bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr](mailto:cg-bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr)

- par courrier : Adhésion et vie du contrat Entreprise - TSA 37001 ROUBAIX CEDEX 1

### Informations salarié

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### Modification(s) demandée(s) par le salarié

**Modification du nom, prénom ou numéro de sécurité sociale**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Changement d'adresse**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

**Ajout / changement d'un RIB prestations**

Joindre le(s) RIB et préciser le(s) bénéficiaire(s) concerné(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adhésion à une option facultative (moyennant le paiement des cotisations) à effet du :**

\_\_\_\_\_

Renfort 1

Renfort 2

Renfort 3

**Résiliation à une option facultative à compter du :**

\_\_\_\_\_

**Ajout d'un bénéficiaire à compter du :**

\_\_\_\_\_

**Radiation d'un bénéficiaire à compter du :**

\_\_\_\_\_

Joindre une copie de l'attestation de droits associés à la carte Vitale pour le nouveau bénéficiaire assuré social à titre personnel.

### Personnes pour lesquelles je désire également adhérer

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Enfants à charge (2)</b>			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(1) Pour vos remboursements, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'Assurance maladie. Dans le cas où vous souhaitez vous y opposer (autre mutuelle ou choix personnel), vous devrez alors attendre la réception du décompte de votre caisse de Sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans ce cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la case.

(2) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du salarié

Les informations demandées sont nécessaires à la gestion par votre organisme assureur de votre affiliation au dispositif de maintien des garanties collectives susvisées. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 14-16, boulevard Malesherbes, 75379 Paris Cedex 08.



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Santé

# Mandat de prélèvement

## CCN Optique - Lunetterie de détail (n° 3084)

**Salarié**

Adresse retour :

- par e-mail : [cg-bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr](mailto:cg-bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr)

- par courrier : Adhésion et vie du contrat Entreprise - TSA 37001 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](mailto: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.