AG2R LA MONDIALE

Le Pacte Santé de la Pâtisserie

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale de la Pâtisserie (N°3215)
Régimes conventionnel obligatoire et surcomplémentaire facultatif

Ancien salarié et ayants droit

RÉSERVE À L'INSTITUTION

Code vendeur : _____ **Contrat N° :** _____ M

Code vendeur : 99VPCR

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Identification de l'ancien salarié (tel que défini dans la notice d'information)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ ☐ Régime général ☐ 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

1 – Ecrivez en lettres CAPITALES
2 - Indiquer soigneusement vos demandes d'adhésions facutatives dont le détail est disponible sur la fiche tarifaire ou le site internet (au dos du document) :
- Adhésion des ayants droit (tel que définis dans la notice d'information),
- Option d'amélioration des garanties.

3 – Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre
4 – Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever
5 – Datez et signez votre bulletin d'affiliation
6 – Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX Cedex 1

Pour tout renseignement : ☐ **0 969 32 2000**

☐ _____ Code : _____

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME OPTIONNEL

☐ **Je demande l'adhésion au régime facultatif optionnel**

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

☐ Option 1 Initiative

☐ Option 2 Attractive

☐ Option 3 Exclusive

ADHÉSION FACULTATIVE : ADHÉSION DE LA FAMILLE

☐ **Je demande l'adhésion de la famille**

au régime de frais de santé du : 01 _ _ _ _ _ _ _ _

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

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS(2)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
Enfants jusqu'à _ _ **ans inclus**(2)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐

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

(2) Ayants droits 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(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 de la notice d'informations du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Réunica Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date d'affiliation 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 de 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 œuvre 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.

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 RÉUNICA 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 RÉUNICA PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

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.

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

AG2R LA MONDIALE

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE - 104-110, BOULEVARD HAUSSMANN 75008 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA

102018-76777