

Bulletin d'affiliation

CCN des Entreprises de propriété et des services associés (Brochure n° 3173)

Personnel cadre

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : www.ag2rlamondiale.fr/proprete

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 enregistrée) :
 - photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre ;
 - relevé d'identité bancaire (RIB) correspondant en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB, si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différé.
- 5/ Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire).
- 6/ Dated et signez votre bulletin d'affiliation.
- 7/ Transmettez le tout à l'adresse retour indiquée ci-dessus.

1/ Votre adhésion obligatoire à la formule Base

Partie à compléter par l'employeur

N° de SIRET : _____

N° de contrat AG2R Prévoyance : _____ M

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Collège concerné : personnel cadre

Structure de cotisation : salarié

Date d'adhésion du salarié : 01/____/____

Régime de Sécurité sociale du salarié : Général Local

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

Fait à : _____
Date : _____
Cachet et signature obligatoires de l'entreprise

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons : des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ; les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de votre organisme d'assurance, de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de : la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ; la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ; la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de votre organisme d'assurance, notamment : la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ; les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques. Votre organisme d'assurance peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, l'organisme d'assurance ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme d'assurance est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale. Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres d'AG2R LA MONDIALE, et le cas échéant à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

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, à l'adresse postale suivante : 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.

Votre organisme d'assurance apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Je souhaite recevoir, par e-mail ou SMS des informations relatives aux offres d'AG2R LA MONDIALE (je peux, à tout moment, modifier mes préférences directement depuis mon espace client ou sur simple demande auprès du Délégué à la protection des données).

Partie à compléter par le salarié

Nom de naissance : _____
Nom marital : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Date de naissance : _____

N° Sécurité sociale : _____
Téléphone : _____
E-mail : _____

Veuillez cocher cette case si vous ne souhaitez pas que les échanges automatisés soient mis en place avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de votre régime obligatoire ou d'une éventuelle autre mutuelle pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

2/ Votre adhésion facultative – N° de contrat : OHA4082M

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement à terme échu par le prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois. Cochez ici pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés dans la notice d'information). La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraîne la suspension ou la résiliation de la présente garantie. Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : 0, 1 _____ (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue). Régime de Sécurité sociale de mes ayants droit : Régime général Régime local

Je demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel (cochez la formule choisie) : Option 1 Option 2 Option 3 Vous adhérez pour vous-même et le cas échéant, les membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé. La formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires. Dates d'adhésion au régime optionnel : 0, 1 _____ (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue).

Cotisation mensuelle

Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire.

Bénéficiaires à couvrir moyennant le paiement des cotisations correspondantes

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfants à charge (en cas d'enfants supplémentaires, merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe)			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(1) Veuillez cocher cette case si vous ne souhaitez pas que les échanges automatisés soient mis en place avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devrez nous adresser les décomptes de votre régime obligatoire ou d'une éventuelle autre mutuelle pour obtenir le remboursement de la part complémentaire.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L.932-15-1 et R.932-2-3 du Code de la Sécurité sociale, qui sont reproduits dans la notice d'information du contrat.

Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

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 pris connaissance que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies par la notice d'information.

Fait à : _____
Date : _____
Signature obligatoire du salarié



AG2R LA MONDIALE

Santé

Mandat de prélèvement CCN des Entreprises de propreté et des services associés (Brochure n° 3173)

Personnel cadre

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : www.ag2rlamondiale.fr/proprete

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

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.