



AG2R LA MONDIALE



Mutuelle d'assurance
des Risques Civils
de la Boulangerie

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale des Entreprises artisanales
de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie [N°3117]

**Régimes facultatifs complémentaire et
surcomplémentaire Travailleurs non salariés (TNS),
et ayants droit**

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME BASE COMPLÉMENTAIRE

Contrat N°: OHW5276M

Identification du TNS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : [] Ville : _____

Téléphone : []

E-mail : _____

Date de naissance : []

N° de Sécurité sociale : [] RSI

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

N° de SIRET : []

Date fin de l'exercice fiscal : []

Date adhésion souhaitée : [0] [1] []

POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION

- 1 - Écrivez en lettres CAPITALES.
- 2 - Cochez soigneusement vos demandes d'adhésions facultatives (au dos du document) :
 - adhésion des ayants droit (tels 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 - Datedez 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 ou www.boulangerie-sante.fr

ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du : | | | | | | | | | | | | | | | |

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet à la même date que celle du (de la) salarié(e) et je coche le régime dans le tableau.

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif et je coche l'option choisie dans le tableau,

date d'effet : | | | | | | | | | | | | | | | |

Je coche la formule choisie dans le tableau.

L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé l'adhésion pour ma famille au régime frais de santé.

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES

Toutes les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées chaque trimestre directement sur mon compte bancaire/postal.

BASE	OPT 1 <input type="checkbox"/>	OPT 2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RSI	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par	
<input type="checkbox"/> Régime local	bénéficiaire dans la fiche tarifaire	

Les membres de ma 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			
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus (2)			
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

(1) : JE M'OPPOSE À LA TÉLÉTRANSMISSION JE DOIS DONC ADRESSER MES DOCUMENTS À MON CENTRE DE GESTION - JE COCHE LA CASE.

(2) : LA COTISATION DU 3^e ENFANT ET PLUS EST GRATUITE. EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER DES ÉLÉMENTS DU TABLEAU 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'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Réunica 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 : <input type="text" value=""/>
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 du Groupe 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 au Groupe 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.

