

BULLETIN
D’AFFILIATIONConvention Collective Nationale des Guides
et Accompagnateurs (IDCC 412 & 349)

Cochez selon votre situation :

Affiliation au régime de base conventionnel **ou** Modification de situation **ENTREPRISE ADHÉRENTE**

Raison sociale : _____ N° SIRET : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Code NAF : _____

SITUATION DU SALARIÉ DANS L’ENTREPRISE

Date d'embauche ou de modification : _____

Indiquer le motif : _____

Date de prise d'effet des garanties : _____

Si modification de situation :

- Date de départ (préavis inclus) : _____

- Date de fin de portabilité (en fonction de l'ancienneté et au maximum jusqu'à 12 mois après la date de départ) : _____

ÉTAT CIVIL DU SALARIÉ M. Mme Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____* Téléphone portable : _____*

Courriel : _____ @ _____

(à renseigner pour recevoir vos décomptes par e-mail)

Situation de famille : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) judiciairement Divorcé(e) Veuf(ve)**AYANTS DROIT****Ajout des ayants droit au régime de base conventionnel** oui non Joindre **impérativement** la photocopie de l'attestation VITALE de l'assuré principal, celle de son conjoint et des enfants s'ils sont assurés sociaux ou étudiants.

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Conjoint(e) / Concubin(e)	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Enfant(s) à charge	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

RÉGIME OPTIONNEL

Vous pouvez augmenter les garanties du régime de base conventionnel souscrit par votre employeur :

Souscription au régime optionnel facultatif oui non **Les ayants droit, désignés ci-dessus, bénéficieront automatiquement du régime optionnel souscrit par le salarié.**

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@ag2rmondiale.fr





AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique de mandat : RUMP001WEB20170000006364

Identifiant créancier SEPA : FR12ZZZ387018

En signant ce formulaire de mandant, vous autorisez AG2R Réunica Prévoyance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AG2R Réunica Prévoyance.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Nom / Prénoms (ou raison sociale)

Adresse

Numéro et nom de la rue

Code postal : Ville Pays

N° de Sécurité sociale de l'assuré

TYPE DE PAIEMENT : PAIEMENT RÉCURRENT

Coordonnées de votre compte bancaire :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR (OU CRÉANCIER)

AG2R Réunica Prévoyance
154 rue Anatole France
92599 Levallois Perret Cedex

À retourner à :

AG2R LA MONDIALE
Assurances de Personnes Particuliers
TSA 20004
92599 Levallois Perret Cedex

À
le / /
Signature :

