



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

Entreprise

# BULLETIN D’AFFILIATION

Convention collective nationale de la Branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) [N°3381]

**Salariés et ayants droit**

## ADHÉSION BASE PRIME OBLIGATOIRE

### Partie à compléter par l’entreprise

N° de SIRET :                    N° de contrat :                      M

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Date souhaitée pour l’affiliation :

Fait à :

Date :

Cachet et signature **obligatoires** de l’entreprise

### Partie à compléter par le salarié

NOM :  Prénom :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

Régime général (A01)  Régime local (FA18)

N° de Sécurité sociale :

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

### POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION (OU VOTRE DEMANDE DE MODIFICATION)

1 - Faites remplir la partie à compléter par l’entreprise à votre employeur

2 - Ecrivez en lettres CAPITALES

3 - Cochez soigneusement vos demandes d’adhésions facultatives (au dos du document) :

- Adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d’information)
- Option en formule confort ou confort +

4 - Joignez la photocopie de l’attestation jointe à votre carte vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre

5 - Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d’identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous ne demandez ni adhésion de votre famille, ni option)

6 - Dated et signez votre bulletin d’affiliation

7 - Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 LILLE Cedex 09

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000

## ADHÉSION FACULTATIVE

### Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du : 0 1

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

### Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif CONFORT ou CONFORT +,

date d'effet : 0 1

Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs.

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

Les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal – je coche ici  pour un prélèvement le 15 du mois.

	BASE PRIME <sup>(1)</sup> FACULTATIVE		FORMULE « CONFORT » FACULTATIVE <input type="checkbox"/>			FORMULE « CONFORT + » FACULTATIVE <input type="checkbox"/>		
	Conjoint	Enfant <sup>(2)</sup>	Salarié OA1	Conjoint OF1	Enfant <sup>(2)</sup> OF1	Salarié OA2	Conjoint OF2	Enfant <sup>(2)</sup> OF2
<input type="checkbox"/> Régime Général - (F01)	Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles							
<input type="checkbox"/> Régime Local - (F18)	par bénéficiaire dans la fiche tarifaire.							

(1) OBLIGATOIRE POUR LE SALARIÉ, PRÉLEVÉ PAR L'EMPLOYEUR SUR LE SALAIRE  
(2) GRATUITÉ À PARTIR DU 3<sup>e</sup> ENFANT

Les membres de ma famille qui bénéficieront du régime de Frais de Santé.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(3)
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>			
			<input type="checkbox"/>
<b>Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus</b>			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

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

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 des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la sécurité sociale qui sont reproduits dans 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: \_\_\_\_\_  
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 oeuvre 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](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr).

