AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

CCN de l'Animation du 28 juin 1988 [n° 3246]

VOTRE ADHESION OBLIGATOIRE A LA FORMULE BASE (Partie à compléter par l'employeur)

N° de contrat AG2R Prévoyance : M

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° SIRET : _____ _____

Adresse : _____

Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Régime social de l'entreprise :

Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : 01

Régime de Sécurité sociale du salarié : ☐ Régime général ☐ Régime local

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

Fait à : _____

Date : _____

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

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité sociale : _____ _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

☐ J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE

☐ Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____

Date : _____

Signature **obligatoire** du salarié

VOS DÉMARCHES

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :

1. Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
2. Ecrivez 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) :
   - Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre.
   - Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB
5. Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
6. Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7. Transmettez le tout à **AG2R LA MONDIALE – Affiliations santé – TSA 0032 - 59711 Lille Cedex 9**

   Pour tout renseignement : **0 970 80 97 00 code 35 ou www.ag2rlamondiale.fr/animation**

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celle-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 entraine la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) : 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _

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

Vous adhérerez 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 (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) :

0 1 _ _ _ _ _ _ _ _

VOS COTISATIONS MENSUELLES 2015 AU TITRE DES RÉGIMES FACULTATIFS

		BASE		OPTION 1		OPTION 2	
		% PMSS[2]	Euros	%PMSS[2]	Euros	%PMSS[2]	Euros
Régime général	Salarié	-	-	0,64 %	20,29 €	0,86 %	27,26 €
	Conjoint	1,03 %	32,65 €	0,64 %	20,29 €	0,86 %	27,26 €
	Enfant[1]	0,63 %	19,97 €	0,22 %	6,97 €	0,28 %	8,88 €
Régime Alsace Moselle	Salarié	-	-	0,64 %	20,29 €	0,86 %	27,26 €
	Conjoint	0,43 %	13,63 €	0,64 %	20,29 €	0,86 %	27,26 €
	Enfant [1]	0,27 %	8,56 €	0,22 %	6,97 €	0,28 %	8,88 €

[1] Gratuité à partir du 3ème enfant

[2] Valeur PMSS 2015 : 3170 €

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	[1]
Conjoint[2]			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
Enfants[3]			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐

[1] Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

[2] Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

[3] En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe.

Commercialisation par une technique de vente à distance ou démarchage.

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 régime. 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 dans la notice d'information.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____

Date : _ _ _ _ _ _ _ _

Signature **obligatoire** du salarié

112015-45217

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 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 PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : ______________________ Le : ______

Signature du titulaire du compte à débiter :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

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.

AG2R LA MONDIALE

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE - 35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA

112015-45217