AG2R LA MONDIALE

**SANTÉ**

Entreprise

# BULLETIN D'AFFILIATION

Entreprises de la fabrication de l'ameublement [CCN N°3155]
Régimes Base et surcomplémentaire
**Salariés et ayants droit**

## ADHÉSION BASE OBLIGATOIRE

**Partie à compléter par l'entreprise**

N° de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° de contrat : |_|_|_|_|_|_|_|_|M|

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Date souhaitée pour l'affiliation : |0|1|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 (A18)

☐ Contrat travail suspendu régime général (S01)

☐ Contrat travail suspendu régime local (S18)

☐ Salarié en congé maternité ou AT/MP

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 ☐

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

**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)
- Adhésion à l'une des options surcomplémentaires.

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
6 – Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7 – Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé – 12 rue Edmond poillot 28000 Chartes

**Pour tout renseignement : 0972 67 22 22**

## ADHÉSION FACULTATIVE

**N° DE CONTRAT : 0GW7737M**

☐ **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 au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

☐ **Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif,**

date d'effet : 0 1 _ _ _ _ _ _

Je coche la formule choisie dans le tableau ci-dessous.

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 mensuellement à terme échu directement sur mon compte bancaire ou postal.

La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire (du salarié) entraîne la suspension ou la résiliation des adhésions facultatives et optionnelles.

| | **BASE** | | ☐ **OPTION 1** (100) | | ☐ **OPTION 2** (200) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Adulte | Enfant | Adulte (0F1) | Enfant (0F1) | Adulte (0F2) | Enfant (0F2) |
| ☐ Régime Général - (F01)<br>☐ Régime Local - (F18) | | | Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par 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 | Télétransmission* |
|---|---|---|---|
| **Conjoint, concubin ou partenaire de PACS** | | | |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| **Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus** | | | |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |
| | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ ☐ |

* 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(s) 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'atteste l'exactitude des enseignements portés ci-dessus.
- 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 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 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.

122017-68140

**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 RÉUNICA 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 RÉUNICA PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : _____ Le : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

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.

**N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ**

AG2R LA MONDIALE

**AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE,** INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE - 104-110, BOULEVARD HAUSSMANN 75008 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA

122017-68140