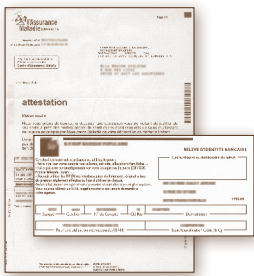




## JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- Photocopie de l'attestation de votre carte Vitale ainsi que celle de chaque bénéficiaire assuré social à titre personnel. (En cas de perte de cette attestation, changement de situation de famille, adressez-nous la copie de la nouvelle attestation de droits, que vous obtiendrez auprès de votre centre de Sécurité sociale.)
- Relevé d'identité bancaire.
- L'autorisation de prélèvement complétée.



Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du régime. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Votre adhésion à la complémentaire santé **n'est possible que** si le dossier est **précisément complété et accompagné de toutes les pièces demandées**. S'il est incomplet, votre dossier vous sera retourné pour vous demander les renseignements complémentaires. Nous ne pourrions pas vous remettre la carte Terciane, ni effectuer des versements de prestations.

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.

Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Prévoyance prenne effet à la date de signature figurant sur le bulletin d'adhésion 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'autorise AG2R Prévoyance à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis l'autorisation de prélèvement figurant ci-contre.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information «garantie assistance 10/2010» et «anciens salariés» relevant des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie.

Date d'adhésion souhaitée :

0 1

La date d'adhésion choisie est valable tant pour le régime complémentaire que pour le surcomplémentaire si vous y souscrivez.

Fait à :

Date :

Signature de l'assuré **obligatoire**

Les informations qui vous sont demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. 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.