

Régime surcomplémentaire facultatif

IMPORTANT - Le choix d'une option concerne le salarié et l'ensemble des ayants droit assurés.

Vous pouvez conserver votre régime surcomplémentaire facultatif, moyennant une cotisation mensuelle supplémentaire par bénéficiaire prélevée directement sur votre compte bancaire.

COCHEZ L'OPTION CHOISIE	CATÉGORIE D'AFFILIATION	ANCIEN SALARIÉ	ENFANT
<input type="checkbox"/> Option 1	OP1	0,36% du PMSS *	0,19% du PMSS *
<input type="checkbox"/> Option 2	OP2	0,91% du PMSS *	0,45% du PMSS *
<input type="checkbox"/> Option 3	OP3	1,45% du PMSS *	0,66% du PMSS *

* PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 129 € au 01/01/2014

JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Autorisation de prélèvement complétée.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(s) nom(s) du(des) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

Tout dossier incomplet ne pourra être traité. Dans l'attente, nous ne pourrions pas vous remettre la carte Terciane, ni effectuer des versements de prestations.

ATTESTATION DE CARTE VITALE

En même temps que votre carte Vitale plastifiée, vous recevez une copie sur papier de son contenu, valant attestation.

En cas de:

- perte de cette attestation, votre organisme de Sécurité sociale vous la délivrera sur simple demande,
- changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre la Sécurité sociale et AG2R Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

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'AUTORISE AG2R PRÉVOYANCE À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION RELEVANT DES ENTREPRISES DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DE BOULANGERIE ET PÂTISSERIE.

Date d'adhésion souhaitée: 01 | | | | | | | | | |

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

Fait à: _____
Date: | | | | | | | | | |
Signature **obligatoire** de l'ancien salarié

Les informations 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.

Autorisation de prélèvement

N° National d'Émetteur
105 449

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par AG2R Prévoyance. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

COMPTE À DÉBITER

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Date : _____
Signature du titulaire du compte à débiter :

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, 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.



AG2R LA MONDIALE

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