

ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : 0 A E 9 7 9 7 M

Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue par prélèvement direct sur votre compte bancaire pour cela veuillez remplir le mandat de prélèvement joint.

Ayants droit

IMPORTANT - Si le salarié souscrit également pour ses ayants droit, cette souscription se fera à la même date d'adhésion et pour un même niveau de couverture.

La cotisation est de 1,68 % du PMSS⁽¹⁾, quel que soit le nombre d'ayants droit assurés.

N° de catégorie d'affiliation

A02: ayants droit (Régime général)

A19: ayants droit (Régime local)

Nom - Prénom _____ Date de naissance _____ N° de Sécurité sociale ⁽¹⁾ _____

Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

Enfants ⁽²⁾

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER UNE DÉMARCHE ADMINISTRATIVE SUPPLÉMENTAIRE, NOUS UTILISERONS LES ÉCHANGES PAR TÉLÉTRANSMISSION AVEC VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. DANS LE CAS OÙ VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER (AUTRE MUTUELLE OU CHOIX PERSONNEL), VOUS DEVREZ ALORS ATTENDRE LA RÉCEPTION DU DÉCOMPTÉ DE VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET NOUS L'ENVOYER ENSUITE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. DANS CE CAS, ET UNIQUEMENT DANS CE CAS VOUS DEVEZ COCHER LA CASE.

(2) EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER LES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE.

Régime surcomplémentaire facultatif

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

Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 3 options ci-dessous.

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation	Adulte	Enfant
<input type="checkbox"/> Option 1	OP1	0,36 % du PMSS ⁽¹⁾	0,19 % du PMSS ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Option 2	OP2	0,91 % du PMSS ⁽¹⁾	0,43 % du PMSS ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Option 3	OP3	1,45 % du PMSS ⁽¹⁾	0,66 % du PMSS ⁽¹⁾

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1

La date d'adhésion au régime surcomplémentaire doit être postérieure ou égale à la date d'adhésion au régime conventionnel obligatoire. À défaut, c'est la date du régime conventionnel obligatoire qui sera retenue.

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'ACCÉPTE 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 PRIS CONNAISSANCE QUE JE BÉNÉFICIE D'UN DROIT À RENONCIATION DANS LES CONDITIONS DÉFINIES DANS LA NOTICE D'INFORMATION.

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

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION FACULTATIVE

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Mandat de prélèvement complété.

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 RI

Fait à : _____
Date : _____
Signature **obligatoire** du salarié

(1) PMSS: PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

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 POILLLOT
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.