

Régime surcomplémentaire

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

Vous pouvez améliorer les prestations prévues par le régime de base moyennant une cotisation supplémentaire par bénéficiaire, prélevée directement sur votre compte bancaire en choisissant une des 2 options ci-dessous.

Tarifs mensuels également applicables pour le régime Alsace-Moselle jusqu'au 31/12/2014

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation	Âge du bénéficiaire	Option 1	Option 2
<input type="checkbox"/> Option 1	001	Moins de 26 ans	7,90€	13,55€
<input type="checkbox"/> Option 2	002	De 26 à 30 ans	9,03€	16,93€
		De 31 à 40 ans	11,28€	20,31€
		De 41 à 45 ans	13,55€	23,70€
		De 46 à 50 ans	14,68€	25,95€
		De 51 à 55 ans	16,93€	28,21€
		De 56 à 60 ans	19,18€	32,72€
		De 61 à 71 ans	22,57€	40,61€
		De 72 ans et plus	28,21€	49,66€

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.112-2-1 ET R.112-4 DU CODE DES ASSURANCES QUI SONT REPRODUITS DANS LA NOTICE D'INFORMATION CI-JOINTE.

JE M'ENGAGE À UTILISER LA LANGUE FRANÇAISE PENDANT LA DURÉE DE L'ADHÉSION.

J'ACCEPTÉ QUE MON ADHÉSION AUPRÈS DE LA MAPA PRENNE EFFET À 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, GESTIONNAIRE DE MON RÉGIME, À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS L'AUTORISATION DE PRÉLEVEMENT.

JE M'ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TERCIANE SI JE VENAIS À RÉSIPLIER MON CONTRAT ET À REMBOURSER AG2R PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDUMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION « AYANTS DROIT DES SALARIÉS » RELEVANT DES DÉTAILLANTS, DÉTAILLANTS-FABRICANTS DE LA CONFISERIE, CHOCOLATERIE, BISCUITERIE.

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** du salarié

Les informations qui vous sont demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance, en sa qualité de délégataire de gestion pour le compte de la Mutuelle d'assurance des professions alimentaires (MAPA), responsable des traitements. 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

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.

N° National d'Émetteur

105 449

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 :



AG2R LA MONDIALE

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