



BULLETIN INDIVIDUEL DE MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI EVIN 2019



Membre du groupe



EMPLOYEUR

Etablissement _____ N° de contrat _____
 Adresse _____
 N° SIRET _____

ASSURÉ

Date d'effet du changement de situation (JJMMAAAA) _____

Votre nouvelle situation : ANCIEN SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ
 ANCIEN SALARIÉ PRIVÉ D'EMPLOI ET BÉNÉFICIAIRE D'UN REVENU DE REMPLACEMENT CONGES LEGAUX
 ANCIEN SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

Statut : Cadre Non Cadre (information obligatoire) N° IDCC _____ N° Adhérent _____

Strate : _____ Fonction _____

Je sollicite le maintien de mon contrat au titre de la loi Evin moyennant une cotisation à ma charge exclusive.

Je demande le maintien de mon conjoint et/ou de mes enfants.

Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2019 :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	38,50 €	23,20 €	10,00 €	26,00 €	36,00 €
Conjoint	42,40 €	25,50 €	10,00 €	26,00 €	36,00 €
Par enfant *	21,10 €	12,80 €	5,50 €	14,00 €	19,80 €

* Gratuité à compter du 3ème enfant. - La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance (JJMMAAAA) _____ N° Sécurité sociale _____

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____ Pays _____

Téléphone _____ E-mail _____ @ _____

Souhaitez vous bénéficier de la liaison Noémie Oui Non

AYANTS DROIT A AFFILIER - CONJOINT

(indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

MME M NOM _____ PRÉNOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____ Date de naissance (JJMMAAAA) _____

N° Sécurité sociale _____

Régime Général Régime Alsace-Moselle Régime Agricole Travailleur indépendant Régime Étudiant Autre

Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : oui non

Si non, je souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : oui non

Si vous affiliez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case «bénéficiaire d'une autre mutuelle».

**ATTENTION : ils ne pourront bénéficier ni de la télétransmission ni du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE.
 ARPEGE PRÉVOYANCE interviendra en complément de leur mutuelle.**

ARPEGE PRÉVOYANCE Centre de gestion de STRASBOURG

2 rue de Reutenbourg - 67921 STRASBOURG CEDEX 9 - Téléphone : 03 90 22 84 92 - Télécopie : 03 69 20 13 40 - Email : adafcoll67@ag2rmondiale.fr
 GIE AG2R RÉUNICA, membre du groupe AG2R LA MONDIALE - GIE agissant pour le compte d'institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco, d'institutions de prévoyance, de mutuelles, d'unions de mutuelles
 et de sociétés d'assurances - Siège social : 104-110 boulevard Haussmann - 75008 Paris - 801 947 052 RCS Paris www.ag2rmondiale.fr
 ARPEGE PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, autorisée à fonctionner par le Ministre chargé de la Sécurité sociale sous le numéro 945,
 dont le siège social est situé au 143 avenue Aristide Briand - 68100 MULHOUSE

AYANT DROIT À AFFILIER - ENFANT(S) À CHARGE (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

NOM	<input type="text"/>	N° Sécurité sociale (1)	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>	Code Sécurité sociale (2)	<input type="text"/>
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si non, je souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

NOM	<input type="text"/>	N° Sécurité sociale (1)	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>	Code Sécurité sociale (2)	<input type="text"/>
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si non, je souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

NOM	<input type="text"/>	N° Sécurité sociale (1)	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>	Code Sécurité sociale (2)	<input type="text"/>
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si non, je souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

NOM	<input type="text"/>	N° Sécurité sociale (1)	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>	Code Sécurité sociale (2)	<input type="text"/>
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si non, je souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

Pour les familles de plus de 4 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

- (1) le n° de Sécurité sociale à indiquer pour les ayants droit est le n° de Sécurité sociale auquel ils sont rattachés pour mettre en place les échanges de données informatisés avec la Sécurité sociale (pour un enfant, il peut être celui de la mère ou du père).
- (2) Code SS - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Régime Agricole - 4 : Travailleur indépendant- 5 : Régime étudiant- 6 : autre

PIÈCES À JOINDRE

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- Un RIB/IBAN pour le paiement des cotisations.

INFORMATIONS LEGALES

Les données personnelles collectées sont exclusivement destinées à AG2R LA MONDIALE, à ses membres ainsi qu'à ses partenaires. L'utilisation de ces informations est strictement limitée à des fins de gestion administrative et commerciale.

Les personnes sont informées qu'elles disposent d'un droit d'accès, de modification, de suppression et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Ces droits peuvent être exercés sur simple courrier adressé à :

AG2R LA MONDIALE - Direction des Risques Conformité et Déontologie - 104-110 Bd Haussmann 75379 PARIS Cedex 08

ou par e-mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

J'accepte que mon adhésion auprès d'EEP SANTE prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

J'autorise ARPEGE PRÉVOYANCE à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations.

Ensemble des éléments à retourner à :

ARPEGE PRÉVOYANCE
2 rue de Reutenbourg - 67921 STRASBOURG CEDEX 9
Téléphone : 03 90 22 84 92
Email : adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

Signature de l'ancien salarié
précédée de la mention «Lu et approuvé»