



# BULLETIN D'AFFILIATION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE



Membre du groupe



AG2R LA MONDIALE

## EMPLOYEUR

Etablissement \_\_\_\_\_ N° de contrat \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° SIRET \_\_\_\_\_

Date d'effet de l'adhésion (JJMMAAAA)

Date d'entrée dans l'établissement (JJMMAAAA)

## ASSURÉ

Statut  Cadre  Non Cadre (Information obligatoire)

N° IDCC

Strate

Fonction

J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.

Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive : option 1  option 2

Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :  
 mon conjoint  mon, mes enfant(s), nbre :  (J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.)

### Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2016 :

	Je relève du Régime général de la Sécurité Sociale ou du Régime agricole			Je relève du Régime Alsace-Moselle		
	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Salarié		9,25 €	24,67 €		9,25 €	24,67 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Par enfant *	20,35 €	5,09 €	13,57 €	12,21 €	5,09 €	13,57 €

\* 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 : non  oui

Si oui, souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec ARPEGE PRÉVOYANCE : non  oui   
(si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)

Si vous affiliez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case «bénéficiant 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 société 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"/>

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"/>

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"/>

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"/>

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

Bénéficiaires d'une autre complémentaire santé :  non  oui

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

(si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)

## PIÈCES À JOINDRE

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit. Vous pouvez la télécharger sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou sur les bornes de service des centres de Sécurité sociale.
- Un RIB/IBAN pour les remboursements.
- Concubin(e) / PACSé(e) : le certificat de concubinage délivré par la mairie ou à défaut un justificatif de domicile commun / copie du PACS.
- Enfant(s) de plus de 18 ans : le certificat de scolarité ou un justificatif de situation.

## 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](mailto: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 - Télécopie : 03 69 20 13 40**

**Email : [adafcoll67@ag2rlamondiale.fr](mailto:adafcoll67@ag2rlamondiale.fr)**

Signature du salarié  
précédée de la mention «Lu et approuvé»

Cachet de l'établissement