AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ
Maintenance, distribution et location de materiels

VOTRE ADHESION OBLIGATOIRE A LA FORMULE Base (Partie à compléter par l'entreprise)

N° de contrat AG2R Prevoyance :
Raison sociale de l'entreprise :
N° SIRET :
Adresse :
Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL
Régime de sécurité sociale : Régime Alsace Moselle
Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : |0|1| ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊
Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletion de salaire.

Fait à : _____ Date : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

VOTRE IDENTITE

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ N° de Sécurité Sociale : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊

Régime de sécurité sociale : ☐ Régime général ☐ Régime local

Adresse : _____

Code Postal : ⌊⌊⌊⌊⌊ Ville : _____

Téléphone : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ E-Mail : _____

☐ J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires du groupe AG2R La Mondiale

☐ Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____ Date : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Signature **obligatoire** du salarié

VOS DEMARCHES

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :

- Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
- Ecrivez en lettres CAPITALES
- Complétez le verso de ce document si vous souhaitez adhérer à une option facultative ou couvrir vos ayants droit
- Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistrée) :
  → Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre.
  → Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB
- Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
- Datez et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille

Pour tout renseignement : 0 970 81 88 04 code 50

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. 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 Prévoyance - Groupe AG2R La Mondiale - Direction des Risques-Conformité et Déontologie - 110 Bd Hausmann - 75379 Paris Cedex 8 .

VOTRE ADHESION FACULTATIVE

☐ **Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé Base à ma famille** (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés dans la notice d'information)

La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraine la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) : |0|1| |_|_| |_|_|_|_|

Si vos ayants droit ne relèvent pas du même régime de sécurité sociale que vous, merci de nous contacter.

☐ **Je demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel** (cochez la formule choisie) :

- ☐ Formule Option 1
- ☐ Formule Option 2

Vous adhérerez pour vous même et le cas échéant, les membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé. La formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) : |0|1| |_|_| |_|_|_|_|

VOS COTISATIONS MENSUELLES

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire

Formule Base		Formule Option 1		Formule Option 2	
Conjoint	Enfant	Adulte	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)
25,96 €	14,16 €	+ 6,38 €	+ 0,80 €	+ 15,10 €	+ 0,98 €

(1) gratuité à partir du 3ème enfant

BENEFICIAIRES A COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correpondantes)

Nom - Prénom	**Date de naissance**	**N° de Sécurité sociale**	**Télétransmission (2)**
Conjoint(3)			
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
Enfants(4)			
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
_____	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐

(2) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer. (3) Conjoint, concubin ou partenaire de PACS (4) En cas d'enfant supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____ Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature **obligatoire** du salarié

MANDAT DE PRELEVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le destinataire du paiement mentionné ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions.

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
AG2R PREVOYANCE
12 rue Edmond POILLOT
28931 Chartres cedex 9

Identifiant du créancier : FR1230Z387018

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
(A compléter)
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

N° de Sécurité sociale de l'assuré
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

COMPTE A DEBITER

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type de paiement : Paiement récurrent

A _____. le __/__/____

Signature :

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 contenu 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.

A retourner à : AG2R LA MONDIALE Affiliations santé TSA 10032 59711 Lille	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou *du destinataire du paiement*