



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION INDIVIDUEL

Contrat collectif obligatoire

RETOUR DU DOCUMENT :

Pour tout renseignement : **0969 32 2000**

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE

N° de SIRET :

N° de contrat : M

Raison sociale :

N° : Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :

Rue / voie :

Code postal : Ville :

Date d'adhésion du salarié :

N° de catégorie d'affiliation :

L'entreprise ou le responsable signataire du contrat s'engage à demander la restitution de la carte Terciane en cours de validité, remise à l'assuré dans le cadre du contrat avec AG2R RÉUNICA Prévoyance, dans un délai de 15 jours suivant son départ de l'entreprise (radiation des effectifs) ou départ du groupe assurable. En cas de non restitution, et afin de dégager sa responsabilité, l'entreprise sera tenue d'en informer AG2R RÉUNICA Prévoyance dans un délai de 15 jours suivant le départ de l'assuré.

Fait à : <input type="text"/>
Date : <input type="text"/>
Cachet et signature (obligatoires) de l'entreprise

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

N° : Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :

Rue / voie :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER DE NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, NOUS LES TRAITERONS PAR TÉLÉTRANSMISSION. COCHEZ LA CASE, SI VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER. VOUS DEVREZ ALORS NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES ORIGINAUX DE VOTRE RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS.

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES À JOINDRE

- Copie de l'attestation de votre carte Vitale ainsi que celle de chaque assuré social à titre personnel.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).

Tout dossier incomplet sera retourné à votre employeur pour être complété. Dans l'attente, nous ne pouvons pas vous remettre la carte Terciane, ni effectuer des versements de prestations.

ATTESTATION DE CARTE VITALE

En même temps que votre carte Vitale, 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 RÉUNICA Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	
Conjoint ou concubin (lié ou non par un PACS)			
			<input type="checkbox"/>
Mes enfants (jusqu'à l'âge de 25 ans inclus) et/ou autres personnes à charge			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER DE NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, NOUS LES TRAITERONS PAR TÉLÉTRANSMISSION. COCHEZ LA CASE, SI VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER. VOUS DEVREZ ALORS NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES ORIGINAUX DE VOTRE RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. PRÉCISION IMPORTANTE

Indiquez ci-après les nom et prénom des personnes citées ci-dessus qui bénéficient éventuellement d'une complémentaire santé à titre personnel (AG2R RÉUNICA Prévoyance interviendra alors en 2^e rang après intervention de leur première complémentaire santé sous réserve de nous adresser les décomptes de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé):

- _____
- _____
- _____
- _____

Compte bancaire sur lequel je souhaite que mes prestations soient versées :

Je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent, joindre le(les) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s).

Je déclare sur l'honneur que la personne citée en cas de concubinage, a bien la qualité de concubin et que celles citées dans le tableau sont bien à ma charge, c'est-à-dire sont inscrites sur mon attestation de carte Vitale ou me sont rattachées fiscalement.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'un contrôle a posteriori de ces informations sera effectué par les services de gestion du groupe AG2R LA MONDIALE (copie de l'avis d'imposition...).

Cette déclaration est soumise à l'article L. 932-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la réticence intentionnelle ou la fausse déclaration du participant.

Je m'engage par ailleurs à utiliser la carte Terciane dans les conditions définies au contrat, à la restituer sans délai si je venais à quitter l'entreprise ou le groupe assurable et à rembourser AG2R RÉUNICA Prévoyance de toute somme indûment avancée pour mon compte.

J'ACCEPTÉ D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE AG2R LA MONDIALE.

Fait à : _____
Date: _____
Signature obligatoire de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services. Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.