



## ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du :

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet à la même date que celle du (de la) salarié(e) et je coche le régime dans le tableau.

## COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES

Les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées trimestriellement directement sur mon compte bancaire/postal.

### BASE

Retraité et préretraités

Bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rentes

Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire

Les membres de ma famille qui bénéficieront du régime de Frais de Santé.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus (2)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) JE M'OPPOSE À LA TÉLÉTRANSMISSION JE DOIS DONC ADRESSER MES DOCUMENTS À MON CENTRE DE GESTION - JE COCHE LA CASE.

(2) : LA COTISATION DU 3<sup>e</sup> ENFANT ET PLUS EST GRATUITE. EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER DES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(les) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI .
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R RÉUNICA Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date de signature figurant sur le bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.
- Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

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 du Groupe 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 au Groupe 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@ag2rmondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rmondiale.fr).

**RETOURNER TOUS LES DOCUMENTS DANS LA MÊME ENVELOPPE**

## Mandat de prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'entreprise d'assurance.

Identifiant Créancier SEPA

**FR1230Z387018**

### COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_

### DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE  
12 RUE EDMOND POILLOT  
28931 CHARTRES CEDEX 9

### JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

#### COMPTE À DÉBITER - PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

\_\_\_\_\_

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

\_\_\_\_\_

### DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION  
AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE  
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | | |

Signature du titulaire du compte à débiter :

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 contenue 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.

### N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**AG2R LA MONDIALE**

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE  
RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, MEMBRE  
D'AG2R LA MONDIALE - 104-110, BOULEVARD HAUSSMANN  
75008 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA