

**VOTRE ADHÉSION OBLIGATOIRE A LA FORMULE Confort (Partie à compléter par l'entreprise)**

N° de contrat AG2R Prévoyance :

Raison sociale de l'entreprise :

N° SIRET :

Adresse :

Collège concerné :

Régime de sécurité sociale : Régime Général

Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : 01 00 0000

Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

Fait à : _____ Date : 00 00 0000

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

NOM d'usage : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : 00 00 0000 N° de Sécurité Sociale : 0000000000000000

Régime de sécurité sociale : Régime général Régime local

Adresse : _____

Code Postal : 00000 Ville : _____

Téléphone : 00 00 00 00 00 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 REUNICA 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 : 00 00 0000

Signature **obligatoire** du salarié**VOS DÉMARCHES****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)
- Dated et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille

Pour tout renseignement : 0 970 82 56 82 code 30

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-Conformité et Déontologie - 110 Bd Hausmann - 75379 Paris Cedex 8 ou par mail à informatique.libertes@ag2rmondiale.fr.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé Confort 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 entraîne 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) :

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 Summum

Vous adhérez 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) :

VOS COTISATIONS MENSUELLES 2017

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 Confort		Formule Summum	
Conjoint	Enfant	Adulte	Enfant
2,03 % PMSS ⁽²⁾ soit 66,36 €	0,84 % PMSS ⁽²⁾ soit 27,46 €	+ 0,12 % PMSS ⁽²⁾ soit 3,92 €	+ 0,03 % PMSS ⁽²⁾ soit 0,98 €

(1) gratuité à partir du 3ème enfant (2) Valeur du PMSS 2017 : 3269.0 €

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

Nom - Prénom Conjoint(3)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Télétransmission (2)
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Enfants(4)			
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

(2) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R RÉUNICA 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

