

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

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

Date d'adhésion du salarié : 01 11 2011

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

Fait à : _____ Date : 11 11 2011

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

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

Date de naissance : 11 11 2011 N° de Sécurité Sociale : 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11

Régime de sécurité sociale : Régime général Régime Alsace Moselle

Adresse : _____

Code Postal : 11111 Ville : _____

Téléphone : 11 11 11 11 11 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 au gestionnaire par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer Motif :

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

Fait à : _____ Date : 11 11 2011

Signature **obligatoire** du salarié**VOS DÉMARCHES****Pour permettre 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 tel que désignés dans la notice d'information
- 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 en cours de validité et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre (si votre contrat le prévoit).
 - 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 obligatoire souscrit par votre employeur)
- Dated et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille

Pour tout renseignement :

Les données à caractère personnel traitées par l'Institution sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de la part des bénéficiaires, les 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 la part des bénéficiaires, l'Institution pourrait ne pas être en mesure de donner suite à leur demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion du présent contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Ces données seront conservées pour la durée du présent contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription. Les bénéficiaires disposent 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. En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

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

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

La suspension ou la résiliation du régime obligatoire souscrit par votre employeur 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 souscrit par votre employeur 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 Confort

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 obligatoire souscrit par votre employeur qui sera retenue) :

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

Nom - Prénom Conjoint(2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Télétransmission (1)
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Enfants(3)			
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

(1) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis au gestionnaire par ma Caisse d'Assurance Maladie. Je coche la case pour m'y opposer Motif : _____ (2) Conjoint, concubin ou partenaire de PACS (3) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe

Commercialisation par une technique de vente à distance ou démarchage.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L.932-15-1 et R.932-2-3 du code de la sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime. Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R 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 pris connaissance que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

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



FICHE TARIFAIRE

Optique-Lunetterie de détail

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 Essentiel		Formule Confort		Formule Summum	
Conjoint	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)
1,36 % PMSS ⁽²⁾ soit 45,03 €	0,72 % PMSS ⁽²⁾ soit 23,84 €	+ 0,61 % PMSS ⁽²⁾ soit 20,20 €	+ 0,17 % PMSS ⁽²⁾ soit 5,63 €	+ 0,73 % PMSS ⁽²⁾ soit 24,17 €	+ 0,19 % PMSS ⁽²⁾ soit 6,29 €

(1) gratuité à partir du 3ème enfant (2) Valeur du PMSS 2018 : 3311 €

