

Ce BIA concerne les adhésions pour lesquelles l'entreprise a choisi de couvrir le salarié par un régime « Base » obligatoire ; possibilité d'affilier les ayants droit et/ou de souscrire une option en facultatif.

**Base 1**

**Collège**

- Ensemble du personnel
- Non cadres

**Base 2**

**Collège**

- Ensemble du personnel
- Non cadres

**MODE D'EMPLOI**

1- sélectionner la base et le collège retenus pris par l'entreprise.

(une fenêtre peut apparaître indiquant que l'on ne peut pas enregistrer > faire fermer);

2- compléter si souhaité la signalétique de l'entreprise;

3- imprimer page 2 à 4 (soit sur l'imprimante, soit avec PDFCreator pour en faire un pdf);

4- fermer le PDF (cliquer sur supprimer les données et fermer le formulaire).



**VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE**

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celle-ci s'effectue mensuellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois.

Cochez ici  pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

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

Régime de sécurité sociale de mes ayants droit :  Régime général  Régime local

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

Option 1

Option 2

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 au régime optionnel (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) :

**BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes**

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
<b>Conjoint<sup>(2)</sup></b>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfants<sup>(3)</sup></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"/>

<sup>(1)</sup> 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

<sup>(2)</sup> Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

<sup>(3)</sup> 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

**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 : \_\_\_\_\_

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

### COMPTE À DÉBITER - PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

\_\_\_\_\_

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Signature du titulaire du compte à débiter :

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

\_\_\_\_\_

### DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R PRÉVOYANCE  
12 RUE EDMOND POILLOT  
28931 CHARTRES CEDEX 9

### DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION  
AG2R PRÉVOYANCE  
SERVICE AFFILIATIONS

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.

  
**AG2R LA MONDIALE**

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE -  
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE - 35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS -  
MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA