AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Entreprises de prévention et sécurité [n° 3196]
Régime de base obligatoire Salarié et Ayants droit
Régime de surcomplémentaire facultatif

VOTRE ADHESION OBLIGATOIRE A LA FORMULE BASE AD (Partie à compléter par l'employeur)

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : M

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° SIRET : _____ _____

Adresse : _____

Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Régime social de l'entreprise : _____

Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : 01 _____

Régime de Sécurité sociale du salarié : ☐ Régime général (A01) ☐ Régime local (A18)

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

Fait à : _____
Date : _____
Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité sociale : _____ _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

☐ J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE

☐ 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

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

VOS DÉMARCHES

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :

1. Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
2. Écrivez en lettres CAPITALES
3. Complétez le verso de ce document pour affilier vos Ayants droit ou si vous souhaitez souscrire une option
4. 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
5. Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
6. Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7. Transmettez le tout à **AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 - 59071 Roubaix Cedex 1**
   Pour tout renseignement : **0 970 80 97 00 code 75 ou www.ag2rlamondiale.fr/prevention-securite**

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Réunica Prévoyance. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : **0GV5023M**

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 le prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois.
Cochez ici ☐ pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

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

☐ Option 1 (100) ☐ Option 2 (200)

Vous adhérerez 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) :
0 1 _ _ _ _ _ _ _ _

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

Régime de sécurité sociale de mes ayants droit : ☐ Régime général (F01) ☐ Régime local (F18)

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint(2)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	■
Enfants(3)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐

(1) 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
(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 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 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

072018-748830

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 RÉUNICA PRÉVOYANCE
12 RUE EDMOND POILLOT
28931 CHARTRES CEDEX 9

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
AG2R RÉUNICA 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 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.