

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé Bien-être 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 Sérénité

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 Bien-être		Formule Sérénité	
Conjoint	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)
0,72 % PMSS ⁽²⁾ soit 23,54 €	0,42 % PMSS ⁽²⁾ soit 13,73 €	+ 0,47 % PMSS ⁽²⁾ soit 15,36 €	+ 0,06 % PMSS ⁽²⁾ soit 1,96 €

(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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants(4)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

