AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

Entreprises

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ
Commerce des articles de sports et équipements de loisirs

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

N° de contrat AG2R Prevoyance :
Raison sociale de l'entreprise :
N° SIRET :
Adresse :
Collège concerné : NON CADRES ☐ CADRES ☐
Régime de sécurité sociale : Régime Général
Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : 01 __ ____
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 : _____ __

Régime de sécurité sociale : ☐ Régime général ☐ Régime local

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 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 : __ __ ____

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)
- Datez et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille

Pour tout renseignement : 0 970 81 80 75 code 20

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@ag2rlamondiale.fr.

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.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

☐ **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 de base obligatoire du salarié entraine 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) : 01 ___ ____

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 Bien-être

☐ Formule Sérénité

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 souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue) : 01 ___ ____

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 Essentiel		Formule Bien-être		Formule Sérénité	
Conjoint	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)	Adulte	Enfant (1)
0,74 % PMSS(2) soit 24,19 €	0,46 % PMSS(2) soit 15,04 €	+ 0,48 % PMSS(2) soit 15,69 €	+ 0,27 % PMSS(2) soit 8,83 €	+ 0,95 % PMSS(2) soit 31,06 €	+ 0,33 % PMSS(2) soit 10,79 €

(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	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Télétransmission (2)
Conjoint(3)			
_____	__ __ ____	_____	☐
Enfants(4)			
_____	__ __ ____	_____	☐
_____	__ __ ____	_____	☐
_____	__ __ ____	_____	☐
_____	__ __ ____	_____	☐
_____	__ __ ____	_____	☐

(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

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.

MANDAT DE PRELEVEMENT

Offre numéro : C0000039876 0JQ9348M

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le destinataire du paiement mentionné ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions.

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
AG2R RÉUNICA Prévoyance
12 rue Edmond POILLOT
28931 Chartres cedex 9

Identifiant du créancier : FR1230Z387018

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
(A compléter)
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

N° de Sécurité sociale de l'assuré
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

COMPTE A DEBITER

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type de paiement : Paiement récurrent

A _____. le __/__/____

Signature :

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 contenu 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.

A retourner à : AG2R LA MONDIALE Affiliations santé TSA 10032 59711 Lille	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou *du destinataire du paiement*