

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé First à mon conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale (tel que précisé dans la notice d'information)

La suspension ou la résiliation du régime obligatoire souscrit par l'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 obligatoire qui sera retenue) :

Si votre conjoint à charge ne relève pas du même régime de sécurité sociale que vous, merci de nous contacter.

Nom - Prénom : _____ Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

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

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 FIRST

Conjoint à charge

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

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR

(ayants droit à charge au sens de la Sécurité Sociale, tel que précisé dans la notice d'information)

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	TÉLÉTRANSMISSION ⁽²⁾
Conjoint ⁽³⁾			
<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) Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion : cocher la case

(3) Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

(4) 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 REUNICA 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 : _____

le :

Signature obligatoire du salarié

