AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

Entreprises

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ

Bureaux d'études techniques, Cabinets d'ingénieurs-conseils et Sociétés de conseils

VOTRE ADHÉSION OBLIGATOIRE À LA FORMULE FIRST (Partie à compléter par l'entreprise)

N° de contrat : _____

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : |0|1|_|_|_|_|_|_|_|_| Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

Fait à : _____

le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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 : _____

le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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 couvrir vos ayants droit tel que désignés dans la notice d'information
- 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 en cours de validité et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre (si votre contrat le prévoit).
  - 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 obligatoire souscrit par votre employeur)
- Datez et signez votre bulletin d'affiliation
- Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 Roubaix Cedex 1
  Pour tout renseignement : 0 969 322 000

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 oeuvre 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.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE

☐ **Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé First à mon conjoint (tel que précisé dans la notice d'information)**

La suspension ou la résiliation du régime obligatoire souscrit par l'employeur entraine la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande) : 0 1 _ _ _ _ _ _ _

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

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR

(ayants droit, tel que précisé dans la notice d'information)

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	TÉLÉTRANSMISSION (2)
Conjoint(3)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
Enfants(4)			
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐
	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐

(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

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 : _____

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
12 RUE EDMOND POILLOT
28931 CHARTRES CEDEX 9

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER – PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : _____ Le : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

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.

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

_____

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

072018-74191