



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
Entreprise

BULLETIN D'ADHÉSION

au régime complémentaire de couverture des frais
de santé des anciens salariés des organismes de
Sécurité sociale

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R La Mondiale - Contrat UCANSS - BP 40332 - 13271 Marseille Cedex 09

Anciens salariés :

Date d'effet affiliation : _____

- Retraité
- Fin de portabilité
- Ayant droit d'un salarié décédé
- Invalide

ADHÉSION ASSURE

Madame Monsieur

Nom du salarié : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

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

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale PACS Divorcé(e) Veuf(ve)

Compte sur lequel les prestations seront versées

IBAN : _____

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)	(2)
Conjoint à charge				
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants à charge (pour les jumeaux, préciser le rang)				
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion au régime Famille Isolé

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)	(2)
Adhésion facultative				
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) CODE RÉGIME : 1=RÉGIME GÉNÉRAL, 2=RÉGIME LOCAL, 3=RÉGIME RSI, 4=RÉGIME MSA, 5=AUTRES RÉGIMES (ÉTUDIANTS, SNCF)

(2) CODE STATUT : 1=APPRENTI, 2=A CHARGE, 3=ÉTUDIANT, 4=HANDICAPÉ

Je soussigné, atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je m'engage à restituer sans délai ma carte tiers payant en cours de validité si je venais à résilier mon affiliation.

Je ne souhaite pas bénéficier des transferts de feuilles de soins via le système Noémie

Fait à : _____

Date : _____

Signature **obligatoire** de l'assuré

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 de 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 à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.