AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
Entreprise

BULLETIN D'ADHESION FACULTATIVE

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

RETOUR DU DOCUMENT AU SERVICE RH DE VOTRE ORGANISME

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : _____

SIRET : _____

n° agent : |_|_|_|_|_|_|_|

Date d'affiliation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet et signature de l'employeur

ADHÉSION ASSURE et BENEFICIAIRES A CHARGE ☐ Invalide ☐ Suspension du contrat de travail

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom du salarié : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation famillale : ☐ 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				
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
Enfants à charge (pour les jumeaux, préciser le rang)				
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		

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 BENEFICIAIRES NON A CHARGE				
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|		

(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=À 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 changer l'employeur.
☐ Je ne souhaite pas bénéficier des transferts de feuilles de soins via le système Noémie

Fait à : _____

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature **obligatoire** du salarié

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.

012017-58817_modifié MFO3