

# AG2R PRÉVOYANCE

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

BULLETIN DE MODIFICATION

Nom de l'organisme :  
SIRET

N° Entreprise

au régime complémentaire de couverture des  
FRAIS DE SANTÉ  
des **SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À RETOURNER AU SERVICE RH DE VOTRE ORGANISME

## Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial                      N° d'agent

Nom  Prénom

## Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

Date d'effet de la modification

**Changement état civil** : renseigner votre nouvelle situation ci-dessous, compléter uniquement les zones nécessaires.  
Vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

M.  Mme  Mlle Nom du salarié \*  Prénom

Nouveau N° Sécurité sociale

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

**Changement d'adresse** : renseigner votre nouvelle adresse ci-dessous

Adresse

Code postal        Ville

**Changement de coordonnées bancaires** :

Vous devez joindre le nouveau relevé d'identité bancaire  
ou postal (préciser le bénéficiaire)

**Changement de régime social** (préciser le bénéficiaire)

**Changement de centre de Sécurité sociale** : vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

**Changement de bénéficiaires\*** : renseigner les ajouts, modifications, suppressions d'ayants droit ci-dessous.  
Vous devez joindre la ou les attestation(s) vitales(s).

## 1 Adhésion OBLIGATOIRE CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

Ajout  M.  Mme  Mlle Nom  Prénom

Modification  Suppression Date de naissance           N° Sécurité sociale

Échange NOEMIE\*\*  oui  non

### ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux préciser le rang)

Ajout  M.  Mme  Mlle Nom  Prénom

Modification  Suppression Date de naissance           N° Sécurité sociale

Échange NOEMIE\*\*  oui  non

Ajout  M.  Mme  Mlle Nom  Prénom

Modification  Suppression Date de naissance           N° Sécurité sociale

Échange NOEMIE\*\*  oui  non

## 2 Adhésion FACULTATIVE

Ajout  M.  Mme  Mlle Nom  Prénom

Modification  Suppression Date de naissance           N° Sécurité sociale

Échange NOEMIE\*\*  oui  non

Ajout  M.  Mme  Mlle Nom  Prénom

Modification  Suppression Date de naissance           N° Sécurité sociale

Échange NOEMIE\*\*  oui  non

\* Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, née y.

\*\* Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.

Date       Signature du salarié Date       Signature et cachet de l'employeur



Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à AG2R Prévoyance, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer auprès de : AG2R-DSEC - 35 boulevard Brune - 75680 PARIS CEDEX 14. Chaque assuré bénéficiant du règlement complémentaire suite à un échange informatique entre le régime de base et AG2R Prévoyance pourra accéder, selon sa demande, aux informations données par AG2R Prévoyance au régime de base. Il pourra à tout moment, s'il le désire, demander à AG2R Prévoyance l'arrêt des échanges informatiques de données le concernant.

Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale,  
agrée par les Ministères du Travail et de l'Agriculture.  
Membre du GIE AG2R.