



AG2R LA MONDIALE

# BULLETIN D'AFFILIATION

destiné aux agents du Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt (MAAF) et des autres opérateurs visés par la convention de référencement conclue entre le Ministère et AG2R RÉUNICA Prévoyance

**RETOUR DU DOCUMENT :** AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion Béziers - Section Agriculture

Immeuble La treille - 8 allée des Vignerons - CS 80609 - 34535 BÉZIERS CEDEX

**Pour tout renseignement : 0 974 50 1234**

## POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION

- Écrivez en lettres CAPITALES.
- Joignez la photocopie de l'attestation de votre carte Vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en leur nom propre.
- Si vous êtes en activité, joignez le bulletin de salaire du mois de décembre ou l'avis des sommes à déclarer le plus récent. Le dernier bulletin de salaire devra également être joint si vous êtes en poste depuis moins d'une année civile.
- Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB).
- Dated et signez votre bulletin d'affiliation.

## SITUATION PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

Organisme d'affectation:  MAAF  ONF  IFCE  FAM  INAO  ODEADOM  IRSTEA  ASP

Structure d'affectation (par exemple : DRAAF Bretagne): \_\_\_\_\_

Matricule agent (par exemple : N° AGORHA): \_\_\_\_\_

Date d'affiliation souhaitée: 0 1 \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'administration: \_\_\_\_\_

Code conseiller: \_\_\_\_\_

NOM d'usage: \_\_\_\_\_

NOM de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom(s): \_\_\_\_\_

Situation de famille:  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

N°: \_\_\_\_\_ Complément (zone, étage, immeuble, bât.): \_\_\_\_\_

Rue/voie: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale: \_\_\_\_\_  Régime général  Régime local

Statut:  Titulaire  Contractuel  ACB (Agent contractuel sur budget)  Retraité

Catégorie:  A  B  C

Revenu net imposable annuel (cf avis des sommes à déclarer): \_\_\_\_\_

Je bénéficiais d'une garantie référencée par le Ministère dans la continuité du présent contrat et à garanties équivalentes.

## SANTÉ

J'ai pris connaissance de la notice d'information santé qui m'a été remise.

### Formule retenue et montant

AGRI PROTEC 1

AGRI PROTEC 2

AGRI PROTEC 3

AGRI PROTEC 3

+ option surcomplémentaire (non responsable)

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

Pour moi uniquement

Pour moi et mes ayants droit

### Adhésion facultative des membres de ma famille qui bénéficieront du régime frais de santé

Date d'affiliation souhaitée (à défaut la date retenue est celle d'affiliation de l'agent): \_\_\_\_\_

La date ne peut être ni antérieure ni postérieure de plus de 6 mois, à celle souhaitée par l'agent adhérent.

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 œuvre 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@ag2rmondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rmondiale.fr)

AG2R RÉUNICA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre de AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

## Régime pour le conjoint et les enfants

Régime général  Régime local

**NOM - PRÉNOM**

**DATE DE NAISSANCE**

**N° DE SÉCURITÉ SOCIALE**

(1)

**Conjoint, concubin ou partenaire de PACS**

\_\_\_\_\_

**Enfants de moins de 26 ans**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1) Pour vos remboursements, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie. Dans le cas où vous souhaitez vous y opposer (autre mutuelle ou choix personnel), vous devrez alors attendre la réception du décompte de votre caisse de Sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans ce cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la case (en cas d'adhésion).

(2) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

**IMPORTANT** - Pensez à bien compléter le mandat de prélèvement et joindre un RIB pour percevoir vos remboursements santé.

## Choix de l'option facultative

Garantie assistance MUT'NOV SERVICES + (1) (0,57 € / mois / personne protégée)

(1) Garantie assurée par IMA ASSURANCES, dénommée SMACL Santé Assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé: 118 avenue de Paris - 79000 NIORT, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

## PRÉVOYANCE (POUR LES ACTIFS UNIQUEMENT)

J'ai pris connaissance de la notice d'information prévoyance qui m'a été remise.

## Garantie décès

L'agent a la possibilité d'effectuer une désignation particulière de bénéficiaire en faisant connaître ses intentions à l'organisme assureur, soit par lettre manuscrite, datée et signée, soit en utilisant le document intitulé « Désignation de bénéficiaire » à demander à l'Institution.

## Formule retenue

AGRI PRÉVOYANCE 1

AGRI PRÉVOYANCE 2

AGRI PRÉVOYANCE 3

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

JE RECONNAIS être en activité à la date d'adhésion, sinon je coche ici  et J'ACCEPTÉ que mon adhésion à la garantie prévoyance soit assujettie à questionnaire médical.

## Désignation bénéficiaire(s) du capital décès

Suivant la formule générale

Autre désignation (joindre le formulaire prévu à cet effet)

J'ATTESTE avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L.932-15-1 et R932-2-3 du Code de la Sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime.

J'ACCEPTÉ que mon adhésion auprès de AG2R RÉUNICA Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date d'affiliation souhaitée, qui ne peut être antérieure à la date de signature.

JE RECONNAIS avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

JE M'ENGAGE à faire connaître à AG2R RÉUNICA Prévoyance tout changement de ma situation administrative, professionnelle, familiale, ainsi que celle concernant mes ayants droit.

J'ACCEPTÉ d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires de AG2R LA MONDIALE sinon je coche ici .

## MODE DE PAIEMENT SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Le montant des cotisations figure sur le devis.

Fait à: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature **obligatoire** de l'agent



**SANTÉ**

**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

**FR33ZZZ192252**

### 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 DE  
AG2R LA MONDIALE - 104/110, BOULEVARD HAUSSMANN  
75008 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA





## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A nous retourner complété, signé et accompagné  
d'un Relevé d'Identité Bancaire (IBAN/BIC).

Le mandat de prélèvement SEPA est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce formulaire, vous autorisez Smac Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de Smac Santé. Nous vous rappelons que les prélèvements sur les comptes d'épargne ne sont pas autorisés.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

### DESIGNATION DU CREANCIER

**SMACL SANTE**

CS 79650

79061 NIORT CEDEX 9

IDENTIFICATION CREANCIER SEPA (ICS) :

**FR72ZZZ516888**

### INFORMATIONS DU PAYEUR

#### IDENTITE :

NOM / PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

#### COMPTE A DEBITER :

IBAN (NUMERO INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION BANCAIRE)

ZONE SUPPLEMENTAIRE RESERVEE  
AUX COMPTES INTERNATIONAUX

BIC (CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE)

TYPE DE PAIEMENT



PAIEMENT RECURRENT / REPETITIF

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE

**IMPORTANT** : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (IBAN/BIC). Nous vous rappelons que les prélèvements sur les comptes d'épargne ne sont pas autorisés.

### INFORMATIONS DE L'ADHERENT (SI DIFFERENT DU PAYEUR)

NOM / PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

### IDENTIFICATION DU MANDAT (CADRE RESERVE A SMACL SANTE)

RUM \*

TYPE DE CONTRAT

ORGANISME CREANCIER : SMACL SANTE – CS 79650 - 79061 NIORT CEDEX 9

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) : FR72ZZZ516888

\* La Rum (Référence Unique de Mandat) sera communiquée ultérieurement lors de l'envoi de notre échéancier annuel.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par Smac Santé que pour la gestion de sa relation avec son adhérent. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses 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.