AG2R LA MONDIALE
Santé

Bulletin d'affiliation

Convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers (IDCC 0992 / N°3101)

Régime base obligatoire, surcomplémentaire facultative Salariés

Adhésion Base obligatoire

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET :

N° de contrat : M

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date d'embauche (ou fin de dispense d'affiliation) :

Date souhaitée pour l'affiliation :

Fait à :

Date :

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

Partie à compléter par le salarié

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

☐ Régime général (A01) ☐ Régime local

N° de Sécurité sociale :

Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion, je coche ICI ☐

Pour faciliter votre affiliation (ou votre demande de modification)

1. Faites remplir la partie à compléter par l'entreprise à votre employeur
2. Ecrivez en lettres CAPITALES
3. Cochez soigneusement vos demandes d'adhésions facultatives (au dos du document)
   - Adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'inforlation)
   - Option en formule 1 ou 2
4. Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale
5. Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever.
6. Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7. Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX Cedex 1

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000
ou www.sante-boucherie.fr

Adhésion facultative

N° de contrat : O E F 8 6 8 1 M

☐ **Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif**

Date d'effet : 0 1

Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs.

Cotisations de l'option facultative

Les cotisations de mon adhésion à l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal.

☐ **OPTION 1** (001) ☐ **OPTION 2** (002)

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

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.
Si les prestations du bénéficiaire doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le relevé d'identité bancaire correspondant.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI ☐.
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la securité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R 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 été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

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 d'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.

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 compte à débiter
Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Compte à débiter – Paiement récurrent
BIC (Bank identification code)
IBAN (International Bank identification code)

Fait à : Le :
Signature du titulaire du compte à débiter :

N° de Sécurité sociale de l'assuré

Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

Destinataire du mandat

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliation

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.

AG2R LA MONDIALE

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Siren 333 232 270

112019-85940