

BULLETIN D'AFFILIATION/MODIFICATION A LA GARANTIE MALADIE

Première inscription dans la catégorie Modification

A adresser à votre site de gestion

Site de STRASBOURG

2 rue de Reutenbourg - 67921 STRASBOURG CEDEX 9
Téléphone : 03 90 22 84 92 Télécopie : 03 69 20 13 40
Email : adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

Site de MULHOUSE

143 avenue Aristide Briand BP 2439 68067 MULHOUSE CEDEX
Téléphone : 03 89 56 87 93 Télécopie : 03 69 20 13 34
Email : adafcoll68@ag2rlamondiale.fr

EMPLOYEUR

Raison sociale : _____ Code adhérent : _____
Adresse : _____ Code population : _____
SIRET : _____
Nom/Prénom du correspondant : _____
Mail : _____ Tél. : _____

ASSURE

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom d'usage* : _____ Prénom : _____
* Marital, pseudonyme ...
Nom de naissance : _____ Situation de famille : _____
N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél. : _____ Email* : _____
*Pour être averti en temps réel de vos remboursements et bénéficier des services Internet

Fonction : _____ Catégorie professionnelle : _____
(Cadre, non cadre, ETAM, ...)
Date d'effet garantie : _____ Régime Sécurité sociale : Alsace Moselle
 Général
 Autre (à préciser) : _____
Option retenue (si choix possible) : _____

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Modification : Rajout Radiation Date d'effet : _____

Je souhaite que la couverture maladie s'applique également aux ayants droit suivants :

CONJOINT /CONCUBIN* (* Produire obligatoirement un certificat de concubinage)

Nom/Prénom : _____ Date de naissance : _____
N° Sécurité Sociale : _____
(Si différent de l'assuré)
Régime Sécurité sociale : Alsace Moselle Général Autres (à préciser) _____
(Cocher le régime de Sécurité sociale du conjoint)

Le conjoint bénéficie-t-il en son nom propre d'une complémentaire santé : oui non

Dans l'affirmative, **ou sans réponse de votre part**, votre conjoint et les enfants inscrits sur sa carte Vitale ne bénéficieront ni du système Noémie (télétransmission des décomptes), ni de la carte de tiers payant SP Santé. Ils conserveront cependant le droit à remboursement, si l'intégralité des frais n'est pas prise en compte par leur propre complémentaire (dans la limite des garanties prévues au contrat).

ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale (à compléter pour tous les enfants)

Pour les enfants étudiants, nous adresser une attestation d'inscription au régime Sécurité sociale dont ils dépendent et copie d'un certificat scolaire. Pour les enfants apprentis ou sous contrat, joindre une copie dudit contrat. Pour les autres enfants préciser le numéro de Sécurité sociale du parent auquel ils sont rattachés.

Au-delà du 4ème enfant nous communiquer les informations sur papier libre.

Pièces à joindre obligatoirement : copie de l'attestation accompagnant la carte Vitale, RIB, justificatifs nécessaires

Les données à caractère personnel figurant dans ce document ont été collectées auprès de votre employeur et de vous-même dans le cadre de l'adhésion au contrat souscrit par votre entreprise auprès de votre organisme d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement, leur portabilité ou la limitation de leur utilisation. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, vous opposer à un traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08, ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. Pour plus d'informations sur la protection des données personnelles nous vous invitons à vous reporter à l'information complète fournie avec la notice relative au contrat.

Date et cachet **SALARIE**

Date et cachet **EMPLOYEUR**

CE DOCUMENT DOIT TRANSITER PAR L'ENTREPRISE
QUI Y APOSSERA SON TAMPON