



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Bulletin de modification

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

À compléter par l'employeur

Nom de l'organisme : _____

SIRET : _____

n° Entreprise : _____

N° de contrat : _____

Date d'effet de la modification _____

Date : _____

Signature et cachet de l'employeur

Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial : _____

n° d'agent : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Important

Pour toute demande de changement d'adresse, de RIB,
vous avez la possibilité de le faire en vous connectant
à votre espace client personnel
<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/inscriptions/>

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

☐ **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 : _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale

☐ PACS ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

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

☐ **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-après.
Vous devez joindre la ou les attestation(s) vitales(s).

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

Pour l'ajout et/ou la radiation d'un ayant droit, référez-vous à
votre notice d'information pour joindre le justificatif requis.

1- Adhésion obligatoire

Nom - Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance (CP/Ville/Pays)	CMO*	N° de Sécurité sociale	Échange NOEMIE**
Conjoint à charge (revenus inférieurs à 10 % du PASS de l'année N-1)					
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non
Enfants à charge (pour les jumeaux, préciser le rang)					
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle			☐		☐ oui ☐ non

* Couple de Même Organisme
** Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.

2- Adhésion ayant(s) non à charge⁽¹⁾ (adhésion facultative)

Nom - Prénom	Catégorie socio-professionnelle	Date de naissance	Lieu de naissance (CP/Ville/Pays)	N° de Sécurité sociale	Échange NOEMIE*
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle					☐ oui ☐ non
☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle					☐ oui ☐ non

* Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.
** Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, née y.
(1) Est considéré comme ayant droit non à charge : le conjoint et assimilé et ses enfants, ainsi que l'enfant de l'enfant, voir Notice d'information.

☐

Signature du salarié

00004178-240814-02 - Page 3 / 3