

Bulletin d'affiliation

Organismes de formation

(IDCC 1516 – Numéro de brochure 3249)

Niveau 3 obligatoire

Ce bulletin est à retourner à : AG2R LA MONDIALE-TSA 37001-59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au : 0 972 672 222 (appel non surtaxé).

Ce bulletin individuel d'affiliation concerne les adhésions pour lesquelles l'entreprise a choisi de couvrir le salarié par un régime « base » obligatoire niveau 3.

Le salarié a la possibilité d'affilier ses ayants droit au niveau 3 à titre facultatif.

Niveau 3 obligatoire

Partie Entreprise (à compléter par l'employeur)

N° de contrat AG2R Prévoyance: _____ M

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° SIRET :

Adresse: _____

Date d'adhésion du salarié: 0 1

Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

Choix de la structure tarifaire :

☐ Isolé / Famille☐ Salarié / Conjoint / Enfant

Votre contrat de base obligatoire

Veuillez cocher la catégorie d'affiliation correspondant à votre situation :

	Niveau 3	
	Régime général de Sécurité sociale	Régime local de Sécurité sociale
Ensemble du personnel	☐ 3A1	☐ 3A8
Personnel non cadre	☐ 3A1	☐ 3A8
Personnel cadre	☐ 3A1	☐ 3A8

Fait à : _____

Date: _____

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

Le salarié

Nom d'usage : _____

Prénom(s): _____

Date de naissance:

N° de Sécurité sociale:

Adresse: _____

Code Postal:

Ville: _____

Téléphone :

E-Mail: _____

☐ Je m'oppose à la télétransmission. Mes décomptes ne seront pas télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Je reconnais avoir pris connaissance de la notice
d'information du régime.

Fait à: _____

Date: _____

Signature **obligatoire** du salarié

Vos adhésions facultatives

☐ Vous demandez l'adhésion de votre famille, au régime frais de santé niveau 3 à la date du : 0 1

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet à la date

du régime obligatoire. Vous devez cocher le régime niveau 3 et votre régime de Sécurité Sociale (général ou local), dans le tableau ci-après. La cotisation enfant est gratuite à partir du 3° enfant.

Le niveau de garantie dont bénéficient les ayants droit est strictement identique à celui dont bénéficie l'assuré au titre de son contrat collectif obligatoire.

Les cotisations de l'adhésion ma famille sont à la charge exclusive du salarié, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur son compte bancaire/postal – Cochez ici ☐ pour un prélèvement le 15 du mois.

	Niveau 3	
	Conjoint	Enfant ⁽²⁾
☐ Régime général	3F1	3F1
☐ Régime local	3F8	3F8

(1) obligatoire pour le salarié, prélevé par l'employeur sur le salaire
(2) gratuité à partir du 3° enfant
Les tarifs du niveau 3 sont consultables sur la fiche tarifaire.

Les bénéficiaires des garanties

Pour bénéficier des garanties du(des) contrat(s) ci-dessus, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

Noémie
Les bénéficiaires (ou leur représentant légal) autorisent le gestionnaire à établir une liaison directe (échanges Noémie) avec leur Caisse de Sécurité sociale. Ainsi, les remboursements des frais médicaux complémentaires s'effectueront automatiquement sauf s'ils refusent ce service en cochant la case ci-dessous.

Cochez les cases utiles

Conjoint	Noémie Refus
Nom : Prénom : Né(e) le : N° Ss :	☐
Enfant(s)	
Nom : Prénom : Né(e) le : N° Ss :	☐
Nom : Prénom : Né(e) le : N° Ss :	☐
Nom : Prénom : Né(e) le : N° Ss :	☐

Signature pour adhésion facultative

Commercialisation par une technique de vente à distance ou démarchage.
J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L. 932-15-1 et R. 932-2-3 du Code de la Sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime. Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion. 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 pris connaissance que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.
Fait à :
Date :
Signature obligatoire du salarié

Pièces à joindre à votre Bulletin d'affiliation au contrat santé

- Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB ; remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire) ; datez et signez votre bulletin d'affiliation.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire que la situation de l'assuré exigerait.

Pour l'ensemble des bénéficiaires

- La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Sécurité sociale.

Pour les partenaires des PACS et concubins

- Une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.

Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale

- Une attestation sur l'honneur complétée, date et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s).

Le cas échéant, d'une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ;
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant de la rémunération ;
- d'une attestation d'inscription à Pôle Emploi ;
- de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

Si vous vous affiliez à un contrat facultatif

- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent.

Mandat de prélèvement

Organismes de formation
(IDCC 1516 – Numéro de brochure 3249)

Niveau 3 obligatoire

Ce bulletin est à retourner à: AG2R LA MONDIALE-TSA 37001-59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au : 0 972 672 222 (appel non surtaxé).

N° Contrat : | | | | | | | M

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.

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). Vos données à caractère personnel sont traitées par votre organisme d'assurance membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat.

Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos <https://www.ag2ramondiale.fr/contactez-nous/exercez-vos-droitssur-vos-donnees-personnelles> formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2ramondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

Pour en savoir plus :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9
ICS : FR12307387018

Type de paiement :

Paieement récurrent

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal:

Ville: _____

Compte à débiter – Paiement récurrent

Code BIC (Bank identification code)

Year	Number of people (millions)
1980	18
1985	20
1990	22
1995	24
2000	26
2005	28
2010	30
2015	33
2020	38

Nº IBAN (International bank account number)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Nom et Prénom(s) de l'assuré: _____

Fait à _____

Le

Signature du titulaire du compte à débiter:

Zone réservée à l'usage exclusif du destinataire du paiement

Destinataire du mandat:

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliations