



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Bulletin d'affiliation

CCN des Entreprises de propreté et des services associés (Brochure n° 3173)

Personnel cadre

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : www.ag2rlamondiale.fr/proprete

Vos démarches

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation

- 1/ Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur.
- 2/ Écrivez en lettres CAPITALES.
- 3/ Complétez le verso de ce document, si vous souhaitez adhérer à une option facultative ou couvrir vos ayants droit.
- 4/ Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistrée) :
 - photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre ;
 - relevé d'identité bancaire (RIB) correspondant en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB, si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent.
- 5/ Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire).
- 6/ Dated et signez votre bulletin d'affiliation.
- 7/ Transmettez le tout à l'adresse retour indiquée ci-dessus.

1/ Votre adhésion obligatoire à la formule Base

Partie à compléter par l'employeur

N° de SIRET : _____

N° de contrat AG2R Prévoyance : _____ M

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Collège concerné : personnel cadre

Structure de cotisation : salarié

☐ A01: cadre régime général

☐ A18 : cadre régime Alsace Moselle

Date d'adhésion du salarié : 01/____/____

Régime de Sécurité sociale du salarié : ☐ Général ☐ Local

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

Fait à : _____

Date : _____

Cachet et signature obligatoires de l'entreprise

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance AG2R Prévoyance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat. De ce fait, nous collectons :

- Des données relatives à votre état civil et à votre situation personnelle, votre numéro de Sécurité social (NIR) ; votre attestation de Carte Vitale ainsi que des données relatives à vos ayants droit.

- Vos coordonnées de contact et vos informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;

- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;

- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;

- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat. De ce fait, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Nous mettons en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, déterminer les garanties, les placements ou les prestations et vous proposer des contrats et services adaptés. Sur demande, vous pouvez demander à être informés de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également dans ce cadre, vous pouvez

demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer votre propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Vous pouvez exercer ces droits en communiquant votre demande à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous.

Vos données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire. A l'issue de ces délais, vos données seront purgées.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants-droits, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées. La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible à l'adresse :

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

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Partie à compléter par le salarié

Nom de naissance : _____
Nom marital : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Date de naissance : _____

N° Sécurité sociale : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

2/ Votre adhésion facultative – N° de contrat : OHA4082M

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié.

Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement à terme échu par le prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois. Cochez ici ☐ pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

☐ Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés dans la notice d'information). La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraîne la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif :

0, 1 _____ (Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue).

Régime de Sécurité sociale de mes ayants droit :

☐ Régime général (F01) ☐ Régime local (F18)

☐ Je demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel (cochez la formule choisie) :

☐ Option 1 (100)☐ Option 2 (200)☐ Option 3 (300)

Vous adhérez pour vous-même et le cas échéant, les membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé.

La formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Dates d'adhésion au régime optionnel : 0, 1 _____

(Si non renseignée, c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue).

Cotisation mensuelle

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

Bénéficiaires à couvrir moyennant le paiement des cotisations correspondantes

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	_____	_____	☐
Enfants à charge et/ou autres personnes à charge ⁽²⁾ de moins de 26 ans (selon conditions détaillées dans la notice d'information)	_____	_____	☐
	_____	_____	☐
	_____	_____	☐
	_____	_____	☐
	_____	_____	☐
	_____	_____	☐

(1) Je m'oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion- je coche la case correspondante.

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

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 contrat.

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 par la notice d'information.

Fait à : _____

Date : _____

Signature obligatoire du salarié



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Mandat de prélèvement

CCN des Entreprises de propreté et des services associés (Brochure n° 3173)

Personnel cadre

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : www.ag2rlamondiale.fr/proprete

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). Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires. 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, 154 rue Anatole France – 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX, ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Type de paiement :

Paiement récurrent

Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9
ICS : FR1230Z387018

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Compte à débiter – Paiement récurrent

Code BIC (Bank identification code)

N° 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



LE TRI
+ FACILE

