



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Santé

Entreprise

# Fiche de correspondance

Adresse retour : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

## Entreprise

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
SIREN : \_\_\_\_\_  
Contrat : \_\_\_\_\_ M

## Salarié concerné

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## Modification(s) demandée(s) par l'entreprise

- ☐ **Radiation du salarié à effet du :** \_\_\_\_\_  
Fin de contrat de travail - Date de sortie salarié :  
\_\_\_\_\_
- Salarié bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (CSS) : joindre l'attestation
- Décès du salarié en date du : \_\_\_\_\_  
- joindre un avis ou certificat de décès  
- si le contrat le prévoit (voir conditions particulières ou notice du salarié), demandez-vous le transfert des ayants droit en catégorie « ayants droit » de salarié décédé ?  
☐ OUI ☐ NON  
Date effet du transfert : \_\_\_\_\_

- ☐ **Changement de catégorie du salarié à effet du :** \_\_\_\_\_  
(voir conditions particulières ou notice du salarié)

- ☐ **Suspension du contrat de travail du salarié**  
Date de suspension : \_\_\_\_\_

- ☐ **Salarié en arrêt de travail depuis le :** \_\_\_\_\_  
Numéro ancienne catégorie : \_\_\_\_\_  
Numéro nouvelle catégorie : \_\_\_\_\_

## Attention

Toute sortie de personnel doit être signalée avant la date effective de sortie.

## Portabilité des droits

Maintien des garanties de frais de santé si la cessation de contrat de travail ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage en application de l'ANI relatif à la modernisation du marché du travail.

**Vous devez impérativement, en tant qu'employeur, informer le salarié concerné par le dispositif de portabilité de ses droits.**

Modification des informations demandées par un salarié : faire compléter et signer le dos du formulaire.

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Fait à : _____<br>Le : _____<br>Signature et cachet obligatoires de l'entreprise |
|----------------------------------------------------------------------------------|

## Modification(s) demandée(s) par le salarié

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### ☐ Changement d'adresse

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

### ☐ Ajout / changement d'un RIB prestations

Joindre le(s) RIB et préciser le(s) bénéficiaire(s) concerné(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ **Adhésion à une option facultative (moyennant le paiement des cotisations) à effet du :** \_\_\_\_\_

☐ Option choisie : \_\_\_\_\_

- ☐ **Résiliation de l'option facultative à compter du :** \_\_\_\_\_

- ☐ **Ajout d'un bénéficiaire à compter du :** \_\_\_\_\_

- ☐ **Radiation d'un bénéficiaire à compter du :** \_\_\_\_\_

**Joindre une copie de l'attestation de droits associés à la carte Vitale pour le nouveau bénéficiaire assuré social à titre personnel.**

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer (à compléter obligatoirement pour une affiliation «Famille»)

| Nom - Prénom                             | Date de naissance | N° de Sécurité sociale | (1)                      |
|------------------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| Conjoint, concubin ou partenaire de PACS |                   |                        |                          |
|                                          |                   |                        | <input type="checkbox"/> |
| Enfants à charge (2)                     |                   |                        |                          |
|                                          |                   |                        | <input type="checkbox"/> |
|                                          |                   |                        | <input type="checkbox"/> |
|                                          |                   |                        | <input type="checkbox"/> |

(1) Je m'oppose à la télétransmission je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion – je coche la case.  
(2) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du salarié

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par AG2R Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons : Votre nom et prénom ; votre fonction ; votre email et votre numéro de téléphone.

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 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.

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 qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Vous pouvez retrouver la liste de ces destinataires à l'adresse suivante : <https://www.ag2ramondiale.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, 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX, ou par courriel à [informatique.libertes@ag2ramondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2ramondiale.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 Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

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 à l'adresse susmentionnée.

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>.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Santé  
Entreprise

# Mandat de prélèvement SEPA

N° Contrat : \_\_\_\_\_

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](mailto: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.

## Destinataire du paiement

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

## Type de paiement :

Païement récurrent

## 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