

Ancien salarié

RÉSERVE À L'INSTITUTION

Code vendeur :

Contrat N° : M

Code vendeur : 99VPCR

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Identification de l'ancien salarié (tel que défini dans la notice d'information)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale : ☐ Régime général ☐ Régime local

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

Date souhaitée d'affiliation : 0 1

Je prends connaissance du montant de(s) cotisation(s) mensuelle(s) sur la fiche tarifaire jointe en annexe

Les taux de cotisations pourront évoluer en fonction des résultats techniques constatés et des évolutions réglementaires

POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION

1 - Ecrivez en lettres CAPITALES

2 - Complétez soigneusement le verso de ce document si vous souhaitez améliorer vos garanties

3 - Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre

4 - Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever

5 - Dated et signez votre bulletin d'affiliation

6 - Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : ☐ 0 969 32 2000

☐ Code :

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME OPTIONNEL

☐ Je demande l'adhésion au régime facultatif optionnel

date d'effet : 0 1 (Si la date n'est pas renseigné l'option prendra effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande).

☐

☐

☐

Les cotisations de l'adhésion pour moi-même et ma famille sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées mensuellement directement sur mon compte bancaire/postal.

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

Si les prestations du bénéficiaire doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le relevé d'identité bancaire correspondant.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI ☐.
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'informations du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R RÉUNICA Prévoyance commence à s'exécuter à partir de la date d'affiliation figurant sur le bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.
- Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à: _____

Date: | | | | | | | | | |

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services. Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques – Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

RETOURNER TOUS LES DOCUMENTS DANS LA MÊME ENVELOPPE

Mandat de prélèvement

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.

Identifiant Créancier SEPA
FR1230Z387018

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
12 RUE EDMOND POILLOT
28931 CHARTRES CEDEX 9

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER - PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : Le :

Signature du titulaire du compte à débiter :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

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). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



AG2R LA MONDIALE

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, MEMBRE
D'AG2R LA MONDIALE - 104-110, BOULEVARD HAUSSMANN
75008 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA

06208-73759