AG2R PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, agréée par les Ministères du Travail et de l'Agriculture. Membre du GIE AG2R.

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :
SIRET
N° agent :

Date d'affiliation :

BULLETIN D'ADHÉSION

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.

1 Adhésion OBLIGATOIRE

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle **Nom et prénom du salarié :**
(Pour les femmes mariées, indiquez : Madame X, née Y)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Date de naissance :

N° de sécurité sociale : Code (1)

Situation familiale : ❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Vie maritale ❒ PACS ❒ Divorcé(e) ❒ Veuf(ve)

Compte sur lequel les prestations seront versées Code banque Guichet Numéro de compte Clé RIB

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Code statut (2)
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux préciser rang)

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Code statut (2)
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Code statut (2)
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Code statut (2)
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Code statut (2)
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

Si vous avez **plus de 4 enfants à charge**, complétez un second bulletin d'adhésion.

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion au régime ❒ FAMILLE ❒ ISOLÉ

2 Adhésion FACULTATIVE

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle
Date de naissance : N° sécurité sociale : Code (1)

(1) **Code : 1** = régime général sécurité sociale. **2** = régime local Alsace-Moselle. **3** = régime RSI. **4** = régime MSA. **5** = autres régimes (Étudiants, SNCF, ...).
(2) **Code statut : 1** = apprenti - **2** = à charge - **3** = étudiant - **4** = handicapé

Je soussigné, atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je m'engage à restituer sans délai ma carte tiers payant en cours de validité si je venais à changer d'employeur.

❒ **Je ne souhaite pas bénéficier des transferts de feuilles de soins via le système Noémie.**

DATE : **SIGNATURE du salarié**

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives.

TC / A 814-2 / Oct.08 - PAOSIC

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à AG2R Prévoyance, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer auprès de : AG2R-DSEC - 35 boulevard Brune - 75680 PARIS CEDEX 14.
Chaque assuré bénéficiant du règlement complémentaire suite à un échange informatique entre le régime de base et AG2R Prévoyance pourra accéder, selon sa demande, aux informations données par AG2R Prévoyance au régime de base. Il pourra à tout moment, s'il le désire, demander à AG2R Prévoyance l'arrêt des échanges informatiques de données le concernant.