



# Bulletin d'affiliation Travailleurs handicapés en ESAT

## Contrat collectif – Usager obligatoire et ayants droit facultatifs

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1  
Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ou [www.ag2rmondiale.fr](http://www.ag2rmondiale.fr)

### Formule 1

#### Pour faciliter votre affiliation

- 1/ Faites remplir la partie à compléter par l'entreprise à votre employeur.
- 2/ Écrivez en lettres CAPITALES.
- 3/ Cochez soigneusement vos demandes d'adhésions facultatives (au bas du document) :  
– Adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) ;
- 4/ Joignez la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre.
- 5/ Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous ne demandez pas l'adhésion de votre famille).
- 6/ Dated et signez votre bulletin d'affiliation.

#### Adhésion de l'usager

##### Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET :

N° de contrat :  M

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date d'affiliation :

##### N° de catégorie d'affiliation

TH1 : usagers régime général

L'entreprise ou le responsable signataire du contrat s'engage à demander la restitution de la carte Tiers payant en cours de validité, remise à l'assuré dans le cadre du contrat avec AG2R Prévoyance, dans un délai de 15 jours suivant son départ de l'entreprise (radiation des effectifs) ou départ du groupe assurable. En cas de non-restitution, et afin de dégager sa responsabilité, l'entreprise sera tenue d'en informer AG2R Prévoyance dans un délai de 15 jours suivant le départ du salarié.

#### Cadre technique réservé à l'Institution Contrats et catégories d'affiliation

	Contrat	Catégorie
Usager	<input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>
Ayants droit	<input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>

Fait à :   
Date :

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

#### Partie à compléter par l'usager :

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

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

Je demande l'adhésion de ma famille au régime frais de santé à la date du :

Les cotisations de l'adhésion de ma famille sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal. Si la date n'est pas complétée, l'adhésion de mes ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception de la demande.

## Adhésion facultative

Je demande l'adhésion de mes ayants droit, au régime Frais de Santé 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 au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif, date d'effet : 0 1 / / Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs. L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé leur adhésion au régime frais de santé.

## Cotisations des adhésions facultatives

Les cotisations de l'adhésion des ayants droit et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal

Base		■ Option 1 (OP1)	
Adulte	Enfant	Conjoint (OF1)	Enfant (OF1)
<input type="checkbox"/> Régime Général - (OP1)		Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire	

## Membres de ma famille qui bénéficieront du régime de Frais de Santé

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
	/ /	/ / /	<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de / ans inclus et/ou autre(s) personne(s) à charge (2)			
	/ /	/ / /	<input type="checkbox"/>
	/ /	/ / /	<input type="checkbox"/>
	/ /	/ / /	<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 correspondante.

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

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

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur des comptes différents, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(les) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

**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.

**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 par la notice d'information.

### Important

Tout dossier incomplet sera retourné à votre employeur pour être complété. Dans l'attente, nous ne pourrions pas vous remettre la carte de tiers payant, ni effectuer des versements de prestations.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : / /  
Signature **obligatoire** du salarié

## **Protection des données à caractère personnel**

### **Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?**

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons : des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ; les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés. Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de votre organisme d'assurance, de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents 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 aux obligations légales et réglementaires de votre organisme d'assurance, notamment : la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ; les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques. Votre organisme d'assurance peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés. 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, l'organisme d'assurance ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées. Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme d'assurance est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale. Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres d'AG2R LA MONDIALE, et le cas échéant à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

### **Quels sont les droits et comment les exercer ?**

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](mailto: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 Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Votre organisme d'assurance apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez 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/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Je souhaite recevoir, par e-mail ou SMS des informations relatives aux offres d'AG2R LA MONDIALE (je peux, à tout moment, modifier mes préférences directement depuis mon espace client ou sur simple demande auprès du Délégué à la protection des données).



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Santé

# Mandat de prélèvement

## Travailleurs handicapés en ESAT

Contrat collectif – usager obligatoire et ayants droit facultatifs

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

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 (appel non surtaxé) ou [www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr)

### Formule 1

Contrat n°:            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](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 :

Paiement 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