



Personnes pour lesquelles je désire également adhérer

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(1)</sup>
<b>Conjoint ou concubin (lié ou non par un PACS)</b>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mes enfants (jusqu'à l'âge de 25 ans inclus) et/ou autres personnes à charge</b>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER DE NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, NOUS LES TRAITERONS PAR TÉLÉTRANSMISSION. COCHEZ LA CASE, SI VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER. VOUS DEVREZ ALORS NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES ORIGINAUX DE VOTRE RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. PRÉCISION IMPORTANTE

Indiquez ci-après les nom et prénom des personnes citées ci-dessus qui bénéficient éventuellement d'une complémentaire santé à titre personnel (VIASANTÉ interviendra alors en 2<sup>e</sup> rang après intervention de leur première complémentaire santé sous réserve de nous adresser les décomptes de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé) :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Compte bancaire sur lequel je souhaite que mes prestations soient versées :

Je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

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

Je déclare sur l'honneur que la personne citée en cas de concubinage, a bien la qualité de concubin et que celles citées dans le tableau sont bien à ma charge, c'est-à-dire sont inscrites sur mon attestation de carte Vitale ou me sont rattachées fiscalement.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'un contrôle a posteriori de ces informations sera effectué par les services de gestion du groupe AG2R LA MONDIALE (copie de l'avis d'imposition...).

Cette déclaration est soumise à l'article L. 221-14 du code de la Mutualité relatif à la réticence intentionnelle ou la fausse déclaration du participant.

Je m'engage par ailleurs à utiliser la carte Terciane dans les conditions définies au contrat, à la restituer sans délai si je venais à quitter l'entreprise ou le groupe assurable et à rembourser VIASANTÉ de toute somme indûment avancée pour mon compte.

J'ACCEPTÉ D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE AG2R LA MONDIALE.

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.