

Bulletin Individuel d’Affiliation

SOCIETE : _____ **Prise d’effet :** _____

COLLEGE : _____ **OPTION CHOISIE :** _____

Informations concernant les ou l’option(s) facultative(s) :

- 1- Un seul et même niveau de garantie par famille,
- 2 - La montée vers une option supérieure ne peut être effectuée qu’une fois par an avec effet au 1^{er} janvier,
- 3 - La baisse vers une option inférieure ne peut être effectuée qu’après un maintien de 2 ans au moins du niveau atteint,
- 4- Le changement de niveau de garantie peut être effectué à tout moment en cas de modification de la situation familiale du salarié (mariage, naissance...).

SALARIE

CONJOINT ou CONCUBIN* ou PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS**

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ N° Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____ Avez-vous une complémentaire santé autre que Mutuelle Bleue/aggema ? <input type="checkbox"/> OUI Précisez : _____ <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ N° Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____ Avez-vous une complémentaire santé autre que Mutuelle Bleue/aggema ? <input type="checkbox"/> OUI Précisez : _____ <input type="checkbox"/> NON
Téléphone : _____ Email : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____	

Toutes les réponses sont obligatoires, y compris l’adresse email pour pouvoir bénéficier de tous les avantages et services d’aggema

* Fournir une déclaration sur l’honneur ou un certificat de vie commune ou de concubinage
 ** Fournir une copie du récépissé de l’enregistrement du PACS ou une copie de la convention du PACS

ENFANT(S) A CHARGE***

CIVILITÉ	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MLLE	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MLLE	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MLLE	_____	_____	_____	_____

*** Les enfants figurant sur l’attestation Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS

PIÈCES A JOINDRE IMPERATIVEMENT

<p style="text-align: center;">Relevé d’identité bancaire (R.I.B)</p>	<p style="text-align: center;">Les prestations seront réglées par virement <i>(aggema peut enregistrer un IBAN différent pour chaque bénéficiaire)</i></p>
<p style="text-align: center;">MANDAT SEPA + IBAN (numéro de compte bancaire international présent sur votre R.I.B)</p>	<p style="text-align: center;">Le MANDAT SEPA permettra à aggema de prélever le coût des options et des ayants droit le cas échéant</p>
<p style="text-align: center;">Photocopie de votre attestation d’assuré social et éventuellement celle de votre conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS et des enfants ayant leur propre n° de Sécurité sociale</p>	<p style="text-align: center;">Elle est jointe avec la carte vitale</p>
<p style="text-align: center;">Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé »</p>	<p style="text-align: center;">Cachet de votre entreprise</p>

J’ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Régime Obligatoire transitera entre les CPAM et aggema par télétransmission selon la procédure « NOEMIE ». J’ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Je certifie l’exactitude des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l’affiliation.

Conformément à l’article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l’article 2 de son Décret d’application, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l’assuré ou de l’adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l’article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l’indemnisation en s’adressant à l’organisme de son choix.

Lorsque je règle directement auprès d’aggema les sommes dues au titre de mes cotisations, je certifie sur l’honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre du contrat souscrit n’ont pas d’origine délictueuse au sens de la législation en vigueur relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et déclare être pleinement informé(e) de ce que Mutuelle Bleue et aggema ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN. Les informations recueillies sont nécessaires au traitement de votre demande. Elles sont destinées à aggema et Mutuelle Bleue.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des données vous concernant en vous adressant à aggema à l’adresse ci-dessous. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

aggema - Siège social : 8 rue des acacias-92130 ISSY LES MOULINEAUX / Centre de Gestion : 10 Rue Louis Fournier - 77334 Meaux Cedex - Sarl de gestion régie par le Code des Assurances - RCS NANTERRE 449 276 021 – N° ORIAS : 07004710 (vérifiable sur www.orias.fr) Garantie financière et assurance responsabilité professionnelle conformes aux articles L512.6 et L512.7 du Code des Assurances - aggema est contrôlée par l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution instituée par le Code Monétaire et Financier (ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09)

Assureur du contrat : MUTUELLE BLEUE – Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993. Siège social : 68 rue du Rocher – 75396 Paris cedex 08

MANDAT SEPA
Référence unique du mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **aggema** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **aggema**.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.
Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom*¹

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse*

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

France

Pays

Les coordonnées
de votre compte*

FR Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

aggema

Nom du créancier

FR04ZZZ483871

Identifiant du créancier

8 rue des acacias

Numéro et nom de la rue

921130

Code Postal

ISSY-LES-MOULINEAUX

Ville

France

Pays

Type de paiement*

Cocher la mention utile

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s) *

Veillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant
du débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour
le compte duquel le
paiement est effectué
(si différent du débiteur
lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre **aggema** et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

A retourner à :

aggema centre de gestion
10, rue Louis Fournier 77334 MEAUX CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

(1) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères