

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE CCN..... IDCC.....

Coordonnées de l'entreprise :

Raison sociale :		
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Téléphone :	Fax :	Email :
Le salarié est-il en arrêt de travail pour maladie à la date de demande d'affiliation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le salarié est-il en mi-temps thérapeutique à la date de la demande d'affiliation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Motif de l'inscription : <input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Embauche Date d'entrée dans l'entreprise :/...../.....		

Coordonnées de l'assuré(e) :

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
N° d'immatriculation au Régime Obligatoire :	
Nom, prénom :	
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Email :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	
Nombre d'enfants à charge :	
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale / concubinage <input type="checkbox"/> PACS	
Catégorie professionnelle : <input type="checkbox"/> Personnel affilié AGIRC <input type="checkbox"/> Personnel non affilié AGIRC	
Traitement annuel brut :	L'assuré(e) a-t-il actuellement plusieurs employeurs ?
Date d'entrée dans l'entreprise :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous souhaitez procéder à la désignation d'un ou plusieurs Bénéficiaires(s) au moment de l'affiliation ou ultérieurement, vous pouvez remplir le document séparé « **Clause de désignation de Bénéficiaire en cas de décès** ».

<p>Pour l'assuré(e), Je soussigné(e) et certifie, avoir pris connaissance des renseignements portés sur le présent document, de l'information sur la désignation du ou des bénéficiaire(s) du capital versé en cas de décès indiquée.</p>	<p>Pour l'entreprise, certifiant que les indications la concernant et portées sur le présent document sont exactes</p>
Fait à :	Fait à :
Le :	Le :
Signature :	Cachet et signature :

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 l'assureur et aggema ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN. Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont exclusivement destinées à la gestion des adhérents d'Aggema. Les destinataires des données sont Aggema, courtier et délégataire de gestion, ses partenaires et/ou réassureurs. Conformément à la Loi du n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004, les Assurés figurant sur tout un fichier informatique à l'usage d'Aggema, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant en s'adressant par courrier postal accompagné d'une copie d'identité à Aggema – 10 rue Louis Fournier – 77 334 Meaux. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.