

11 JAN. 2017

CG31

RETOUR DU DOCUMENT :

AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - 106 Route du Chapitre - BP 73602 - 31136 BALMA CEDEX

Pour tout renseignement : 0969 32 2000 (appel non surtaxé)

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE

N° de SIRET : 31472202600031

N° de contrat : 0441954 M

Raison sociale : CONTINENTAL Automobile France SAS

N° : L 1 Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :

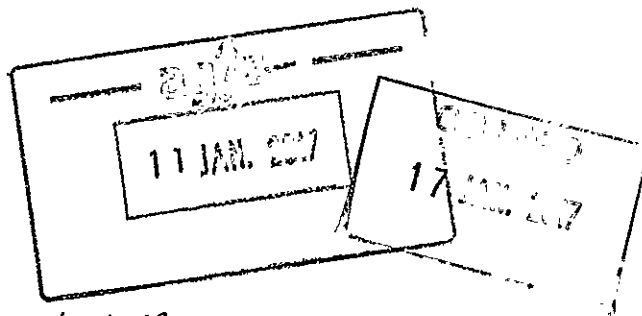
Rue / voie : Avenue Paul Ouliac

Code postal : 31036 Ville : Toulouse Cedex 1

Date d'adhésion du salarié : 01/01/2017

N° de catégorie d'affiliation : 80

Fait à : Raimbouillet
Date : 24/01/2017
Cachet et signature : Continental Automobile France SAS
1, avenue Paul Ouliac - B.P. 83649
31036 TOULOUSE CEDEX 1
Tél : 05 61 10 88 88
Fax : 05 61 10 25 25
SIRET : 314 722 026 00031 - APE 2931Z
RCS Toulouse 314 722 026



PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ

NOM d'usage : EL KHELFI

Prénom : KAMAR

Date de naissance : 05/11/1984

N° de Sécurité sociale : 284059935036527

N° : L 1 Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :

Pavillon N°5

Rue / voie : Impasse Emile Roger

Code postal : 31430 Ville : Les Mureaux

Téléphone : 0661205498 E-mail : Kamara@hotmail.fr

☐ 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.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE

• Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.

• Relevé d'identité bancaire (RIB).

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

En cas de changement de mutuelle, certificat de radiation de votre ancienne mutuelle

ATTESTATION DE CARTE VITALE

En même temps que votre carte Vitale, vous recevez une copie sur papier de son contenu, valant attestation.

En cas de :

• perte de cette attestation, votre organisme de Sécurité sociale vous la délivrera sur simple demande.

• changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre la Sécurité sociale et VIASANTÉ, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer :

Nom - Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale ⁽¹⁾

Conjoint ou concubin (lié ou non par un PACS)

Mes enfants (jusqu'à l'âge de 27 ans inclus) et/ou autres personnes à charge

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS EVITER DE NOUS ENVOYER LES DECOMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, NOUS LES TRAITERONS PAR TELETRANSMISSION. COCHEZ LA CASE, SI VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER. VOUS DEVREZ ALORS NOUS ENVOYER LES DECOMPTES ORIGINAUX DE VOTRE REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. PRECISION 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^e 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) en précisant le nom des bénéficiaires concernés sur chaque RIB.

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 L221-14 du code de la Mutualité relatif à la réticence intentionnelle ou la fausse déclaration du participant.

Votre adhésion n'est possible que si le dossier est précisément complété et accompagné de toutes les pièces demandées. S'il est incomplet votre dossier sera retourné à votre employeur qui vous contactera pour vous demander les renseignements complémentaires. Nous ne pourrions pas effectuer de versements de prestations.

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire: _____

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

Fait à: Cergy
Date: 08/12/2016
Signature obligatoire de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services. Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande.

Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

RETOURNER TOUS LES DOCUMENTS DANS LA MÊME ENVELOPPE

Mandat de prélèvement

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.

Identifiant Créancier SEPA
FR6638Z398656

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : EL KNEFI

Prénom(s) : Kamran

Adresse : 05 Impasse Emir Payer

Code Postal : 78113 Ville : Le Mureaux

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER - PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

BNPA FR PP XXX

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

FR 76130001400810300100029919202

Fait à : Cergy Le : 08 02 2016

Signature du titulaire du compte à débiter :

[Signature]

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

218410599350365122

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R PRÉVOYANCE
12 RUE EDMOND POILLOT
28931 CHARTRES CÉDEX 9

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
AG2R PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

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). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-1 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

AG2R LA MONDIALE

ViaSanté
MUTUELLE

VIA SANTE. MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU
LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ IMMATRICULÉE SOUS
LE N° SIREN 777 927 120 - SIÈGE SOCIAL : MUTUELLE
VIA SANTE 104-110, BOULEVARD HAUSSMANN - 75008 PARIS

Numéro de l'assuré : 2 84 05 99 350 365 77
 Nom de l'assuré :
 LAASRI KAMAR

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 15/11/2016 au 14/11/2017 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

| organisme de rattachement sécurité sociale | code gestion | n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous) | modulation du ticket modérateur |
|--|--------------|--|------------------------------------|
| 01 781 8051 | 10 | 2 84 05 99 350 365 77 | |
| Bénéficiaire(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i> | | n° de sécurité sociale du bénéficiaire <i>(pour information)</i> | né(e) le/rang |
| LAASRI KAMAR EL KHELFI a déclaré un médecin traitant | | 2 84 05 99 350 365 77 | 15/05/1984 1 |

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.



Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

MME KAMAR EL KHELFI

5 IMPASSE EMILE ROGER
 78130 LES MUREAUX

IBAN⁽¹⁾ : FR76 3000 4008 0300 0002 9919 202

BIC⁽²⁾ : BNPA FR PP XXX

| RIB ⁽³⁾ : | Code banque | Code agence | Numéro de compte | Clé RIB | Agence de domiciliation |
|----------------------|-------------|-------------|------------------|---------|----------------------------------|
| | 30004 | 00803 | 00000299192 | 02 | BNPPARB VERNEUIL S/SEINE (01330) |

⁽¹⁾ International Bank Account Number

⁽²⁾ Bank Identifier Code

⁽³⁾ Relevé d'Identité Bancaire

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations
 (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation
 de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.



l'Assurance Maladie

YVELINES

Numéro de l'assuré : 2 84 05 99 350 365 77

Nom de l'assuré :

LAASRI KAMAR

3646 Service 0,06 €/min
prix appel

A l'attention de : KAMAR EL KHELFI

CPAM YVELINES

78085 YVELINES CEDEX 9

MME EL KHELFI KAMAR

PAVILLON N 5

IMP EMILE ROGER

78130 LES MUREAUX

*mon
parcours
d'assuré*

Le 15/11/2016



Pour être mieux
suivi... je déclare mon
médecin traitant et je
respecte le parcours
coordonné.

> MON ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

Chère madame EL KHELFI,

Vous êtes affiliée à un régime d'assurance maladie pour la protection de votre santé.

Pour faire valoir vos droits, vous trouverez ci-joint une attestation à présenter aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) si vous ne disposez pas de la carte Vitale.

En cas de changement d'activité, de déménagement, de mariage ou de naissance, pensez à informer rapidement votre organisme d'assurance maladie et à mettre à jour votre carte Vitale. Vos droits seront ainsi actualisés.

Avec toute mon attention,

votre correspondant de l'Assurance Maladie

0641V24.00.01



La mise à jour de ma carte Vitale, c'est maintenant!

Des bornes de mise à jour sont à ma disposition dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans certains établissements de santé.



→ Votre attestation de droits à l'assurance maladie à présenter aux professionnels de santé