BULLETIN UNIQUE de demande d'ADHESION Retraité(e) 2027

Amicale de Région :	**Amicale de Compagnie** :

TOUTES DEUX RÉUNIES DANS :

FEDERATION NATIONALE DES AGENTS GÉNÉRAUX D'ASSURANCE RETRAITÉS

ADHERENT : NOM :..... **PRENOM** : .....

Adresse (Domicile) : .....

Code postal :..... **Localité :** .....

Téléphone fixe : ..... **Téléphone mobile** : .....

Adresse E-mail : ..... @ .....

Date de Naissance (jj/mm/aaaa) **:** ..... **Situation de famille :** (Liste)..... .....

N° CAVAMAC : .....***(Indispensable)***

COMPAGNIE représentée au départ en RETRAITE : .....

Agence de : ..... **Date de nomination** (jj/mm/aaaa) **:** .....

Date de cessation de fonction (jj/mm/aaaa) : ..... Pour : RETRAITE □ INVALIDITE □ AUTRE □

Date effective ou prévue de ma PRISE de RETRAITE le (jj/mm/aaaa) **:** .....

CONJOINT : NOM : ..... **PRENOM :** .....

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ..... **Date de notre mariage** (jj/mm/aaaa) : .....

⊗Je demande à adhérer à l'amicale de région et à l'amicale de compagnie ci-dessus désignées. L'une et l'autre sont membre de la fédération nationale des agents généraux d'assurance retraités.

⊗Je règle le montant de la cotisation de première année soit **: 100 €** (à l'ordre d'Agéa sénior), qui reversera à chaque amicale la part qui lui revient.

⊗Les années suivantes, à réception de l'appel de cotisation unique, je règlerai par paiement en ligne, ou par virement sur le compte bancaire d'Agéa senior dédié au recouvrement des cotisations, ou par prélèvement bancaire sur mon compte bancaire
(dans ce dernier cas, merci de retourner le prélèvement SEPA joint, signé, accompagné d'un RIB).

⊗Je peux prendre connaissance des statuts et du règlement intérieur sur le site www.ageasenior.fr.

⊗J'autorise Agéa senior et les deux amicales à utiliser mes adresses postale et e-mail afin de m'adresser des informations.

⊗En vue de promouvoir Agéa senior, des photographies et/ou vidéos réalisées pendant l'une de ses activités ou manifestations sont susceptibles d'être publiées en accompagnement d'un article dans la revue ou mise en ligne sur différents sites.
Les photographies et/ou vidéos sont prises sans porter préjudice à la personne concernée et sans but lucratif.

Les indications recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées exclusivement à Agéa sénior et/ou aux deux amicales. En application du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) et des dispositions de la CNIL (Commission Nationale Informatique & Libertés), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat d'Agéa sénior - Courriel : secretariat@ageasenior.fr

Fait à ..... Le (jj/mm/aaaa), ... **SIGNATURE :**

Réservé à l'Amicale : Adhésion recueillie par : . . . . . .
Fonction dans l'Amicale : . . . . . .
Nom de l'Amicale : . . . . . .

Adresser le bulletin complété, accompagné du règlement à :

Agéa sénior 30 rue Olivier Noyer 75014 PARIS

Mandat de Prélèvement

AGEA

Référence unique du mandat - zone exclusivement réservée à AGEA

En signant et en remplissant intégralement ce formulaire de mandat, vous autorisez AGEA SENIOR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGEA SENIOR.
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

Votre n° d'INSEE (Sécurité Sociale

Votre N° CAVAMAC

Votre nom prénom .....
Nom et prénom du débiteur

Votre adresse .....
Numéro et nom de la rue

Code postal

.....
Ville

FRANCE
Pays

Vos cordonnées bancaires

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 **AGEA SENIOR**
ICS : FR43ZZZ8A1355
30 rue Olivier Noyer
75014 Paris

Type de paiement : Récurrent/répétitif

Signé à _____
Lieu

Le,
Date : JJ/MM/AAAA

Signature

A retourner, impérativement accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN à :
AGEA SENIOR
30, rue Olivier Noyer 75014 Paris

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez demander l'accès aux informations vous concernant ou leur rectification. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, consultez le site www.ageasenior.fr, rubrique « Mentions légales ».