

# Fiche de correspondance santé assuré

Convention collective nationale de la Boucherie, boucherie-charcuterie,  
boucherie hippophagique, triperie, commerces de volailles et gibiers [IDCC 992]

## TNS et ses ayants droit

**Retour du document :** AG2R LA MONDIALE – Service Entreprises – TSA 59071 ROUBAIX Cedex 1

**Pour tout renseignement :** 0 9 69 32 2000 (appel non surtaxé)

Ce document vous permet de nous signaler toute information relative à :

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Changement d'adresse                | <input type="checkbox"/> Ajout de bénéficiaire(s)                                     | <input type="checkbox"/> Changement d'option       | <input type="checkbox"/> Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif |
| <input type="checkbox"/> Changement de coordonnées bancaires | <input type="checkbox"/> Adhésion facultative de l'assuré au régime surcomplémentaire | <input type="checkbox"/> Radiation bénéficiaire(s) |   |

### Assuré concerné

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [.....]

N° de Sécurité sociale :

[.....]

N° : [.....]

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : .....

Rue / voie : .....

Code postal : [.....] Ville : .....

Téléphone : [.....]

E-mail : .....

#### Changement d'adresse

À compter du : [.....]

– Joindre l'(les) attestation(s) d'assurance maladie établie(s) à la nouvelle adresse dès que l'assuré et ses ayants droit affiliés seront en possession de celle(s)-ci.

#### Changement de coordonnées bancaires

Assuré  Conjoint  Enfants à charge

Le changement concerne :  PRESTATIONS  COTISATIONS  
– Joindre le(s) nouveau(x) relevé d'identité bancaire.

– Si la modification concerne les cotisations veuillez compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe.

#### Ajout de bénéficiaire(s)

Date d'adhésion : [.....]

Vous pouvez faire adhérer d'autres bénéficiaires, moyennant le paiement des cotisations, pour un même niveau de garantie, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois.

En cas de changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant), vous pouvez demander l'adhésion sans délai de préavis.

Suivant le cas, un délai d'attente de 6 mois prévu dans la notice d'information peut être appliqué sur certains postes.

Nom – Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(2)
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>			
	[.....]	[.....]	<input type="checkbox"/>
<b>Enfants (1)</b>			
	[.....]	[.....]	<input type="checkbox"/>
	[.....]	[.....]	<input type="checkbox"/>
	[.....]	[.....]	<input type="checkbox"/>

(1) en cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

(2) Pour vos remboursements, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie. Dans le cas où vous souhaitez vous y opposer (autre mutuelle ou choix personnel), vous devrez alors attendre la réception du décompte de votre caisse de sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans ce cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la case.

### Justificatifs à joindre pour l'ajout d'ayants droit

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

#### Adhésion facultative de l'assuré au régime surcomplémentaire

Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive de l'assuré. Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement et à terme échu, par prélèvement direct sur votre compte bancaire. Pour cela, veuillez remplir l'autorisation de prélèvement jointe.

Date d'adhésion souhaitée de l'assuré : [.....]

#### Important

Le choix d'une option concerne le TNS et l'ensemble de ses ayants droit assurés.

### Réservé à l'institution :

N° de contrat AG2R Prévoyance : OEF8688M

Formule	Catégories	
	TNS	Autre régime
Base	050	060
Option 1	051	061
Option 2	052	062

Vous pouvez à titre individuel améliorer à tout moment les prestations prévues par le régime de base en choisissant une des 2 options \* :  Option 1  Option 2

\* Le détail des options est disponible dans la notice d'information communiquée lors de votre adhésion.

**Justificatifs à joindre pour l'adhésion facultative**

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Autorisation de prélèvement complétée.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).

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

**Changement d'option (concerne l'ensemble des bénéficiaires)**

Pour une augmentation du niveau de garantie, le changement d'option est possible au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet, sous réserve que la demande soit faite au moins 3 mois à l'avance.

Pour une baisse du niveau de garantie, le changement d'option est possible, vous pouvez changer d'option au 1<sup>er</sup> janvier sous réserve que la demande soit faite au moins 6 mois à l'avance.

Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion à l'option 2.

À compter du : 01

OPTION 1 (Cat 100)     OPTION 2 (Cat 200)

Contrat n° OEF8688

Cat 051 OPTION 1 salarié

Cat 052 OPTION 2 salarié

Cat 061 OPTION 1 ayant droit

Cat 062 OPTION 2 ayant droit

**Radiation bénéficiaire(s)**

À compter du :

Vous pouvez demander la radiation d'un (des) bénéficiaire(s) au 31 décembre de chaque année, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois. Ce préavis ne sera pas appliqué en cas de divorce, dissolution d'un PACS et décès. Joindre les justificatifs.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS		
Enfants <sup>(1)</sup>		

(1) en cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

**Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif**

À compter du :

**Important**

La résiliation concerne le TNS et l'ensemble des ayants droit assurés.

Vous pouvez résilier au 31 décembre de l'année en cours à condition d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date.

En cas de changement de situation de famille (divorce, dissolution d'un PACS), vous pouvez demander la résiliation au dernier jour du mois civil suivant la date de la demande, à condition d'en faire la demande dans les 30 jours qui suivent l'événement.

Fait à : .....

Date : .....

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par votre Assureur. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes faisant l'objet de traitements de données personnelles peuvent exercer leurs droits d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les informations qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 14-16, boulevard Malesherbes, 75379 Paris Cedex 08.

# Mandat de prélèvement

Convention collective nationale de la Boucherie, boucherie-charcuterie,  
boucherie hippophagique, triperie, commerces de volailles et gibiers [IDCC 992]

## TNS et ses ayants droit

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - Service Entreprises - TSA 59071 ROUBAIX Cedex 1  
Pour tout renseignement : 0 9 69 32 2000 (appel non surtaxé)

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  
FR1230Z387018

### Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Nom : .....  
Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

### Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

### Compte à débiter - Paiement récurrent

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

.....

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

.....

Fait à : ..... Le : .....  
Signature du titulaire du compte à débiter :

Numéro de Sécurité sociale de l'assuré .....  
.....

### Destinataire du paiement

AG2R prévoyance  
12 Rue Edmond Poillot  
28931 Chartres cedex 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°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.