

**SANTÉ****BULLETIN D’AFFILIATION**

Convention collective nationale des Entreprises artisanales  
de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie [n° 3117]  
Régimes conventionnel et surcomplémentaire - Salariés

**RETOUR DU DOCUMENT : UMS - CCN 3117 SANTÉ**

**58 boulevard Hubert Deslille - BP 388 - 94457 SAINT PIERRE CEDEX**

**Pour tout renseignement : 0 262 25 80 80**

**Partie à compléter par l’entreprise**

N° de SIRET : \_\_\_\_\_ N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : \_\_\_\_\_

Rue/voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d’adhésion du salarié : \_\_\_\_\_

J’atteste que le salarié à l’ancienneté requise pour bénéficier du régime.

**N° de catégorie d’affiliation**

- A01: salariés régime général  S01: contrat de travail suspendu régime général  
 A18: salariés régime Alsace-Moselle  S18: contrat de travail suspendu régime Alsace-Moselle  
 O35: salariés en arrêt de travail de plus de 6 mois, bénéficiaires de prestation de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie, accident du travail ou maladie professionnelle

L’entreprise ou le responsable signataire du contrat s’engage à demander la restitution de la carte tiers payant en cours de validité, remise à l’assuré dans le cadre du contrat avec AG2R Réunica Prévoyance, dans un délai de 15 jours suivant son départ de l’entreprise (radiation des effectifs) ou départ du groupe assurable. En cas de non restitution, et afin de dégager sa responsabilité, l’entreprise sera tenue d’en informer AG2R Réunica Prévoyance dans un délai de 15 jours suivant le départ du salarié.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Cachet et signature (**obligatoires**) de l’entreprise

**Partie à compléter par le salarié**

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 : \_\_\_\_\_

J’ACCEPTE D’ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L’OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE AG2R LA MONDIALE.

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 DÉCOMPTÉ 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.

J’ATTESTE L’EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS CI-DESSUS. JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D’INFORMATION DU RÉGIME. JE M’ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TIERS PAYANT SI JE VENAIS À QUITTER MON EMPLOYEUR ET À REMBOURSER AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDUMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Signature **obligatoire** de l’assuré

**JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L’ADHÉSION OBLIGATOIRE**

- Copie de l’attestation de votre carte Vitale.
- 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 de tiers payant, ni effectuer des versements de prestations.

**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 AG2R Réunica Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droit.

## ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : 0 1 Q 9 4 4 6 M

Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue trimestriellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire, pour cela veuillez remplir le mandat de prélèvement joint.

### Régime surcomplémentaire facultatif

Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 2 options ci-dessous.

	BASE		<input type="checkbox"/> OPTION 1		<input type="checkbox"/> OPTION 2	
	Adulte	Enfant	Adulte (OF1)	Enfant (OF1)	Adulte (OF2)	Enfant (OF2)
<input type="checkbox"/> Régime Général - (FO1)			Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire			
<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle - (F18)						

La date d'adhésion au régime surcomplémentaire doit être postérieure ou égale à la date d'adhésion au régime conventionnel obligatoire.

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1 (Si non renseignée, c'est la date du régime conventionnel obligatoire qui sera retenue).

COMMERCIALISATION PAR UNE TECHNIQUE DE VENTE À DISTANCE  OU DÉMARCHAGE

J'ATTESTE AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DES INFORMATIONS VISÉES PAR LES ARTICLES L.932-15-1 ET R.932-2-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI SONT REPRODUITS DANS LA NOTICE D'INFORMATION DU RÉGIME. JE M'ENGAGE À UTILISER LA LANGUE FRANÇAISE PENDANT LA DURÉE DE L'ADHÉSION.

J'ACCEPTE QUE MON ADHÉSION AUPRÈS D'AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE COMMENCÉ À S'EXÉCUTER À PARTIR DE LA DATE DE SIGNATURE FIGURANT SUR LE BULLETIN D'AFFILIATION ET JE RECONNAIS AVOIR ÉTÉ INFORMÉ DU MONTANT DES COTISATIONS DUES. JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE QUE JE BÉNÉFICIE D'UN DROIT À RENONCIATION DANS LES CONDITIONS DÉFINIES DANS LA NOTICE D'INFORMATION.

J'AUTORISE AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS LE MANDAT DE PRÉLEVEMENT.

### JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION FACULTATIVE

- Mandat de prélèvement complété.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Signature **obligatoire** de l'assuré

