

Fiche de correspondance santé assuré

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

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 des ayants droit 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

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 délai de 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.

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

Adhésion facultative des ayants droit 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 : [01.....]

Important - Le choix d'une option concerne l'ensemble des ayants droit assurés.

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 (Cat 100) OPTION 2 (Cat 200)

* 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^{er} janvier ou au 1^{er} 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^{er} 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)

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.

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

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

Justificatifs à joindre pour l'ajout d'ayants droit

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

Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif

À compter du :

Important - La résiliation concerne 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

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par AG2R Prévoyance. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° National d'Émetteur
105 449

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

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

Établissement teneur du compte à débiter

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Compte à débiter

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Date : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 14-16, boulevard Malesherbes, 75379 Paris Cedex 08.



AG2R LA MONDIALE

AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance
régie par le code de la Sécurité Sociale -
Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R -
14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris -
Siren 333 232 270