

Fiche de correspondance

Convention collective nationale de la pâtisserie (N°3215)

Salarié ou ancien salarié

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX Cedex 1

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000, www.sante-patisserie.fr ou cg.bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr

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

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

Salarié 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

Le changement concerne : Prestations Cotisations

- Joindre le(s) nouveau(x) relevé(s) d'identité bancaire.
- Si la modification concerne les cotisations veuillez compléter le mandat de prélèvement joint.

Adhésion facultative de l'assuré au régime surcomplémentaire

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : 0 1 6 8 3 0 5 M

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

Date d'adhésion souhaitée de l'assuré : 0 1

Important - Le choix d'une option concerne l'assuré et l'ensemble de ses ayants droit assurés.

Vous pouvez à titre individuel améliorer à tout moment les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 3 options : Option Initiative (OP1) Option Attractive (OP2) Option Exclusive (OP3)

Justificatifs à joindre pour l'adhésion facultative

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

Le changement d'option concerne l'ensemble des personnes assurées. 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 au 1^{er} janvier sous réserve que la demande soit faite au moins 6 mois à l'avance, et après une période de 2 années complètes de cotisation à une option.

À compter du : 0 1 Option Initiative (OP1)
 Option Attractive (OP2)
 Option Exclusive (OP3)

Ajout d'ayants droit pour les anciens salariés uniquement - Date d'adhésion :

Vous pouvez faire adhérer vos ayants droit moyennant le paiement des cotisations afférentes, pour un même niveau de garanties, au 1^{er} janvier de chaque année.

En cas de changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant), vous pouvez demander l'adhésion au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la demande, à condition de la faire dans les 30 jours qui suivent l'événement, et d'adresser le justificatif associé.

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

(1) 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.

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

Justificatifs à joindre pour l'adhésion facultative

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

Radiation ayants droit pour les anciens salariés uniquement - À compter du :

Vous pouvez demander la radiation de vos ayants droit 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	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants à charge ⁽²⁾			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(1) 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.

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

Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif - À compter du :

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

Important - Pour l'ancien salarié la résiliation concerne également l'ensemble des ayants droit assurés.

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 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 d'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 oeuvre 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@ag2rmondiale.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
FR1230Z387018

Coordonnées du compte à débiter

Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Destinataire du paiement

AG2R Réunica Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Compte à débiter – Paiement récurrent

BIC (Bank identification code)
.....
IBAN (International Bank identification code)
.....

Destinataire du mandat

Votre centre de gestion
AG2R Réunica Prévoyance
Service affiliation

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

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.

N° de Sécurité sociale de l'assuré :



AG2R Réunica Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R Réunica - 104-110, boulevard Haussmann 75008 Paris