



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale de travail du Secteur
Sanitaire Social et Médico-Social du 26 août 1965

Régime de base obligatoire salarié

Régime surcomplémentaire salarié et ayants droit facultatifs

RETOUR DU DOCUMENT :

AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : 0969 32 2000

ADHÉSION OBLIGATOIRE

Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

J'ATTESTE QUE LE SALARIÉ À L'ANCIENNETÉ REQUISE DE 4 MOIS DANS L'ENTREPRISE POUR BÉNÉFICIER DU RÉGIME.

Régime de base

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET : _____ N° de contrat : _____ M

Raison sociale : _____

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

Rue/voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'adhésion du salarié : 01 _____

N° de catégorie d'affiliation

A01: salariés régime général

A18: salariés régime local

S01: contrat de travail suspendu régime général

S18: contrat de travail suspendu régime local

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'ACCÉPTE D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES D'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** du salarié

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE

- Copie de l'attestation de votre carte Vitale.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).
- Mandat de prélèvement rempli pour les salariés en contrat suspendu (S01 et S18)

Tout dossier incomplet sera retourné à votre employeur pour être complété. Dans l'attente, nous ne pourrons pas vous remettre la carte 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 droits.

ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du : 0 1

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif,

date d'effet : 0 1

Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs.

L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé l'adhésion pour ma famille au régime frais de santé.

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES

Les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal

	BASE		<input type="checkbox"/> OPTION 1 (OP1)		<input type="checkbox"/> OPTION 2 (OP2)	
	Adulte	Enfant	Adulte (OF1)	Enfant (OF1)	Adulte (OF2)	Enfant (OF2)
<input type="checkbox"/> Régime Général - (F01)			Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire			
<input type="checkbox"/> Régime Local - (F18)						

Les membres de ma famille qui bénéficieront du régime de Frais de Santé.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(3)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
			<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(3) JE M'OPPOSE À LA TÉLÉTRANSMISSION JE DOIS DONC ADRESSER MES DOCUMENTS À MON CENTRE DE GESTION - JE COCHE LA CASE.

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

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

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI .
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la Sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime.
- J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Réunica Prévoyance commence 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 été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

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 de 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 œuvre 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@ag2rlamondiale.fr.

