AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale
des Transports routiers [n° 3085]
Régimes conventionnel obligatoire et surcomplémentaire facultatif
Salariés et ayants droit

RETOUR DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1
Pour tout renseignement : 0969 32 2000

ADHÉSION OBLIGATOIRE

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| M

Raison sociale : _____

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

Rue / voie : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Date d'adhésion du salarié : |_0_1_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de catégorie d'affiliation

☐ A01 : ensemble du personnel régime général ☐ A18 : ensemble du personnel régime Alsace-Moselle

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 : _____

☐ 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.

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
Enfants jusqu'à 26 ans inclus			
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐

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

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 INDÛMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

Fait à : _____
Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Signature **obligatoire** du salarié

(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 OBLIGATOIRE

- copie de l'attestation de votre carte Vitale ainsi que celle de chaque enfant immatriculé à titre personnel, auprès d'un régime de Sécurité sociale ;
- relevé d'identité bancaire (RIB).

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 plastifiée, 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.

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

ADHÉSION FACULTATIVE AU RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE

Vous pouvez, améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant l'option ci-dessous.

Important : le choix de l'option concerne le salarié et l'ensemble des ayants droit assurés.

☐ Option A01 Régime générale ☐ Option A18 Régime local (Departements 57, 67, 68)

Date d'ahésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _ (Si non renseignée, la demande prend effet au 1er jour du mois qui suit la demande)

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 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 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 L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION SALARIÉS RELEVANT DE LA CCN DES ESPACES DE LOISIRS, D'ATTRACTIONS ET CULTURELS.

JE M'ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TERCIANE SI JE VENAIS À QUITTER MON EMPLOYEUR ET À REMBOURSER AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDÛMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

Fait à : _____

Date : _ _ _ _ _ _ _ _

Signature **obligatoire** du salarié

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.

082018-74903