

Convention collective nationale des Entreprises artisanales
de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie [N°3117]

Régimes complémentaire et surcomplémentaire facultatifs - Ayants droit de salarié

IDENTIFICATION DU SALARIÉ DE L’ENTREPRISE

Contrat N° : OK90879M

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : [] Ville : _____
Téléphone : []
E-mail : _____
Date de naissance : []
N° de Sécurité sociale : []

POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION

- 1 - Écrivez en lettres CAPITALES.
- 2 - Cochez soigneusement vos demandes d’adhésions facultatives (au dos du document) :
 - adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d’information);
 - choix d’une option complémentaire.
- 3 - Joignez la photocopie de l’attestation jointe à la carte vitale de chaque ayant droit assuré social en nom propre.
- 4 - Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d’identité bancaire (RIB) du compte à prélever.
- 5 - Dated et signez le bulletin d’affiliation.
- 6 - Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1.

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.boulangerie-sante.com

ADHÉSION FACULTATIVE

Je demande l'adhésion de ma famille,

au régime Frais de Santé à la date du : | | | | | | | | | |

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 et je coche l'option choisie dans le tableau,

date d'effet : | | | | | | | | | |

Je coche la formule choisie dans le tableau.

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

Toutes les cotisations de l'adhésion de ma famille et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées chaque trimestre directement sur mon compte bancaire/postal.

| BASE | OPTION 1 <input type="checkbox"/> | OPTION 2 <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime général (A01) <input type="checkbox"/> Régime local (A18) | AP1 | AP2 |
| Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire | | |

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

| Nom - Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité sociale | (1) |
|---|--|--|--------------------------|
| Conjoint (2), concubin ou partenaire de PACS | | | |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus(3) | | | |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text" value=" "/> | <input type="text" value=" "/> | <input type="checkbox"/> |

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

(2) : LORSQUE L'ENTREPRISE PAIE LES COTISATIONS DU GÉRANT MAJORITAIRE, LE CONJOINT DOIT REMPLIR UN BULLETIN D'ADHÉSION SÉPARÉ DE SON ÉPOUX.

(3) : LA COTISATION DU 3^e ENFANT ET PLUS EST GRATUITE. EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER DES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE

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'atteste avoir reçu et pris connaissance de 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 : <input type="text" value=" "/> |
| 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 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.

