AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

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

Régimes conventionnel et surcomplémentaire

Salariés

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE
TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1
Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.boulangerie-sante.fr

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET : N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance :
Raison sociale :
N° : Complément (zone, étage, immeuble, bât.) :
Rue/voie :
Code postal : Ville :
Date d'adhésion du salarié :
J'atteste que le salarié à l'ancienneté requise pour bénéficier du régime.

N° de catégorie d'affiliation

☐ A01 : salariés régime général
☐ A18 : salariés régime Alsace-Moselle
☐ S01 : contrat de travail suspendu régime général
☐ S18 : contrat de travail suspendu régime Alsace-Moselle
☐ 035 : salariés en arrêt de travail de plus de 6 mois, bénéficiaires de prestation de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie, accident du travail ou maladie professionnelle

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'ACCEPTE D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE 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 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.

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** de l'assuré

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE

- Copie de l'attestation de votre carte Vitale.
- 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 de 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 droit.

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.

022017-59728

ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : 4 0 0 K 5 5 2 9 9 M

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

Régime surcomplémentaire facultatif

Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 2 options ci-dessous.

	BASE		☐ OPTION 1		☐ OPTION 2	
	Adulte	Enfant	Adulte (OF1)	Enfant (OF1)	Adulte (OF2)	Enfant (OF2)
☐ Régime Général - (FO1) ☐ Régime Local - (F18)			Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire			

La date d'adhésion au régime surcomplémentaire doit être postérieure ou égale à la date d'adhésion au régime conventionnel obligatoire.

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _ (Si non renseignée, c'est la date du régime conventionnel obligatoire qui sera retenue).

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 LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION FACULTATIVE

- Mandat de prélèvement complété.

Fait à : _____

Date : _ _ _ _ _ _ _ _

Signature **obligatoire** de l'assuré

La collecte de vos données personnelles est effectuée, par votre assureur, dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion administrative de votre dossier. Ces informations sont nécessaires à l'instruction de votre demande de souscription et/ou de versement conformément aux dispositions des articles L561-2 et suivants du Code monétaire et financier relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À défaut, cette demande ne pourra pas être prise en compte. Les données relatives à l'identification et aux revenus versés aux personnes soumises à des obligations fiscales aux USA pourront, en conformité avec les disposions du Code général des impôts et notamment son Article 1649, être transmises à l'administration fiscale française afin de satisfaire aux obligations déclaratives prévues par la loi FATCA. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation et de rectification sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, votre droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 PARIS Cedex 02.

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 TITULAIRE 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 ACCOUNT NUMBER)

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
SERVICE AFFILIATIONS

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 LA MONDIALE

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.