

BULLETIN INDIVIDUEL
D'AFFILIATIONConvention Collective Nationale des Agences
de voyages (IDCC 1710)

Cochez selon votre situation :

Affiliation au régime de base conventionnel **ou** Modification de situation

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale : _____ N° SIRET : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Code NAF : _____

SITUATION DU SALARIÉ DANS L'ENTREPRISE

Date d'embauche ou de modification : _____

Indiquer le motif : _____

Date de prise d'effet des garanties : _____

Si modification de situation :

- Date de départ (préavis inclus) : _____

- Date de fin de portabilité (en fonction de l'ancienneté et au maximum jusqu'à 12 mois après la date de départ) : _____

ÉTAT CIVIL DU SALARIÉ

 M. Mme Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____* Téléphone portable : _____*

Courriel : _____@_____

(à renseigner pour recevoir vos décomptes par e-mail)

Situation de famille : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) judiciairement Divorcé(e) Veuf(ve)

*Champs facultatifs

AYANTS DROIT

Ajout des ayants droit au régime de base conventionnel selon les modalités préciséesdans la notice d'information jointe oui non Joindre **impérativement** la photocopie de l'attestation VITALE de l'assuré principal,

celle de son conjoint et des enfants s'ils sont assurés sociaux ou étudiants.

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Conjoint(e) / Concubin(e)			_____	_____
			_____	_____
Enfant(s) à charge			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____



RÉGIME OPTIONNEL

Vous pouvez augmenter les garanties du régime de base conventionnel souscrit par votre employeur :
Souscription au régime optionnel facultatif selon les modalités précisées dans la notice d'information
jointe **oui** **non**

**Les ayants droit, désignés ci-dessus, bénéficieront automatiquement du régime optionnel souscrit
par le salarié.**

LES TARIFS MENSUELS AU 1^{ER} JANVIER 2018

NATURE DES RÉGIMES		RÉGIME DE BASE	OPTION À ADHÉSION FACULTATIVE (y compris BASE)	
ACTIFS	Régime Général	Salarié seul	35,26 €	57,89 €
		Salarié avec ayants droit	94,31 €	148,53 €
	Régime Local	Salarié seul	22,92 €	37,63 €
		Salarié avec ayants droit	61,30 €	96,55 €

**Un régime de frais identique à celui des actifs est également proposé pour les salariés en congés sans
solde ainsi que pour les retraités.**

MODE DE RÉCEPTION DES INFORMATIONS SUR VOS REMBOURSEMENTS

J'accepte d'être alerté par courriel du remboursement de mes prestations. Les décomptes seront
consultables sur mon espace client, en lieu et place du décompte papier,

Courriel : _____@_____

Vous pouvez vous désinscrire à tout moment sur le site www.ag2rlamondiale.com

AG2R Prévoyance met en place gratuitement pour tout nouvel affilié le système de télétransmission
directe des décomptes de Sécurité sociale. Si vous refusez que ces décomptes soient directement
télétransmis, merci de recopier la mention suivante : « *Je refuse que mes décomptes soient directement
transmis par ma CPAM* » et de signer ci-après :

Fait à : _____

Date :

Cachet et signature de l'entreprise adhérente
(précédés de la mention « lu et approuvé »)

Fait à : _____

Date :

Signature du salarié à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)





AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—
Entreprise

MÉMENTO D’AFFILIATION

COMPRENDRE MON CONTRAT

Les partenaires sociaux représentant votre secteur d’activité ont instauré au sein de la Convention Collective Nationale des Agences de voyages, un régime frais de santé obligatoire à destination des salariés de la branche.

Vous pouvez augmenter vos remboursements de frais de santé en choisissant l’option facultative et en faire bénéficier vos ayants droit (selon les dispositions réglementaires).

Afin de prendre connaissance des niveaux de remboursements, reportez-vous au **Tableau des garanties présent dans la notice d’information remise par votre employeur.**

COTISATIONS

Régime de base conventionnel :

Pour le salarié : financement de la cotisation répartie entre l’employeur et le salarié.

Pour les ayants droit : financement à 100 % par le salarié

Régime optionnel :

Pour le salarié : financement à 100 % par le salarié.

Pour les ayants droit : financement à 100 % par le salarié

Les cotisations financées par le salarié seront prélevées sur son compte bancaire (joindre le mandat de prélèvement SEPA et le relevé d’identité bancaire).

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR UNE AFFILIATION EN SANTÉ

Pièces à joindre dans tous les cas

Photocopie de l’attestation VITALE de la Sécurité sociale pour chaque membre de la famille étant assuré social.

Un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) sur lequel figure le nom de l’assuré(e).

Mandat de prélèvement SEPA (en cas de souscription des ayants droit et/ à l’option).

Il vous est possible d’adresser des réclamations relatives au bulletin d’adhésion ou au contrat par lettre simple à l’adresse suivante à AG2R LA MONDIALE,

Service Gestion Prévoyance, 154 rue Anatole France - 92599 Levallois-Perret Cedex, sans préjudice des actions en justice que vous avez la possibilité d’exercer par ailleurs.

RETOURNEZ VOTRE **DOSSIER COMPLET (BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION ET PIÈCES JUSTIFICATIVES)** À L’ADRESSE SUIVANTE :

AG2R LA MONDIALE - Assurance de Personnes Entreprises - TSA 30005 - 92599 Levallois-Perret Cedex





AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique de mandat : RUMP001WEB20160000004246

Identifiant créancier SEPA : FR12ZZZ387018

En signant ce formulaire de mandant, vous autorisez AG2R Réunica Prévoyance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AG2R Réunica Prévoyance.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Nom / Prénoms (ou raison sociale)

Adresse

Numéro et nom de la rue

Code postal : Ville Pays

TYPE DE PAIEMENT : PAIEMENT RÉCURRENT

Coordonnées de votre compte bancaire :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR (OU CRÉANCIER)

AG2R Réunica Prévoyance

154 rue Anatole France

92599 Levallois Perret Cedex

À retourner à :

AG2R LA MONDIALE
Assurances de Personnes Particuliers
TSA 20004
92599 Levallois Perret Cedex

À _____
le ____ / ____ / ____
Signature :

