AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL

Convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie [N°3102]

Affiliation au dispositif de portabilité du régime de santé à compter du 01/06/2014

DOCUMENT À RETOURNER VALIDÉ PAR L'EMPLOYEUR

AG2R LA MONDIALE – Centre de Gestion – Affiliations Santé Boulangerie Industrielle
26, place Gambetta – 33091 Bordeaux Cedex
Pour tout renseignement : 0969 32 2000 – www.ag2rlamondiale.fr/boulangerie-patisserie-industrielle

ENTREPRISE

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____
N° contrat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° Catégorie portabilité : |_|_|_|

IMPORTANT : Pour bénéficier des garanties dans le cadre de la portabilité, le présent bulletin individuel d'affiliation doit être complété en intégralité.

PORTABILITÉ

Durée de la portabilité en fonction de la durée du dernier contrat de travail ou des contrats de travail consécutifs chez le dernier employeur

Moins d'1 mois = 1 mois
Entre :
1 mois et 2 mois = 2 mois
2 mois et 3 mois = 3 mois
3 mois et 4 mois = 4 mois
4 mois à 5 mois = 5 mois
5 mois et 6 mois = 6 mois
6 mois et 7 mois = 7 mois
7 mois et 8 mois = 8 mois
8 mois et 9 mois = 9 mois
9 mois et 10 mois = 10 mois
10 mois et 11 mois = 11 mois
11 mois et plus = 12 mois

PARTICIPANT BÉNÉFICIAIRE DE LA PORTABILITÉ

Nom : _____
Prénom(s) : _____
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail : _____
Catégorie professionnelle : _____
Date d'embauche dans l'entreprise : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de cessation du contrat de travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Motif de cessation du contrat de travail (1) : _____
Date début période de portabilité (2) : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Date fin période de portabilité (3) : |_|_|_|_|_|_|_|_|

(1) motif : **lic** (licenciement hors faute lourde), **cdd** (fin de cdd), **pse** (plan de sauvegarde de l'emploi), **aut** (autres).
(2) lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail.
(3) la date de fin de la période de portabilité est déterminée en fonction de la durée de portabilité.

MAINTIEN DES GARANTIES INDIVIDUELLES

☐ Avez-vous souscrit à titre personnel à une option surcomplémentaire facultative liée à votre contrat de base ?
☐ Oui ☐ Non

☐ Désirez-vous la maintenir ?
☐ Oui ☐ Non

☐ Avez-vous souscrit les garanties pour vos ayants droit (conjoint/concubin, enfants) ?
☐ Oui ☐ Non

☐ Désirez-vous les maintenir ?
☐ Oui ☐ Non

ATTENTION

À défaut de réponse (case non cochée) il sera retenu la réponse NON

Les cotisations relatives aux garanties visées ci-contre seront prélevées sur votre compte selon les modalités actuelles.

Le présent document complété et validé par l'employeur doit-être adressé par le salarié au centre de gestion indiqué.

En cas de cessation anticipée de la période de portabilité (ex : nouvel emploi), le bénéficiaire doit en informer l'institution dans le mois de survenance.

IMPORTANT : Pièces justificatives **obligatoires** à joindre :

- copie du dernier contrat de travail permettant de justifier de la durée d'emploi au sein de l'entreprise (en cas de CCD consécutifs au sein de la même entreprise, les durées d'emploi se cumulent, joindre alors tous les contrats) – ou certificat de travail reprenant la durée totale du ou des contrats de travail dans l'entreprise.
- attestation d'inscription au Pôle Emploi précisant l'ouverture des droits à indemnisation.
- carte(s) de tiers payant en cours de validité à retourner (une nouvelle carte vous sera adressée dès validation de votre affiliation au titre de la portabilité)

S'il manque un de ces documents, la période de droits portabilité calculée sera limitée à 3 mois. Vous devrez, pour continuer à bénéficier des garanties, adresser le document manquant à votre centre de gestion.

Fait à : _____ Date : L_ _ L_ _ L_ _ _ _ J Signature et cachet **obligatoires** de l'entreprise	Fait à : _____ Date : L_ _ L_ _ L_ _ _ _ J Signature **obligatoire** du bénéficiaire de la portabilité

Les informations demandées sont nécessaires à la gestion par votre organisme assureur de votre affiliation au dispositif de maintien des garanties collectives susvisées. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110, bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

092014-32418 – COM&DIA