AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie [n° 3102]

Régimes conventionnel obligatoire et surcomplémentaire - Salariés et ayants droit

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – Affiliations santé
TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 09

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'affiliation du salarié : 0 1

N° de catégorie d'affiliation

☐ A01 : Salariés régime général

☐ A18 : Salariés régime local

L'entreprise ou le responsable signataire du contrat s'engage à demander la restitution de la carte Terciane 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 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

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 Terciane, 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 droits.

ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : O A E 9 7 9 7 M

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

Ayants droit

IMPORTANT - Si le salarié souscrit également pour ses ayants droit, cette souscription se fera à la même date d'adhésion et pour un même niveau de couverture.

La cotisation est de 1,68 % du PMSS[1], quel que soit le nombre d'ayants droit assurés.

N° de catégorie d'affiliation

☐ A02 : ayants droit (Régime général)

☐ A19 : ayants droit (Régime local)

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale (1)	
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
			☐
Enfants (2)			
			☐
			☐
			☐

(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.

Régime surcomplémentaire facultatif

IMPORTANT - Le choix d'une option concerne le salarié et l'ensemble des ayants droit assurés.

Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 3 options ci-dessous.

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation	Adulte	Enfant
☐ Option 1	OP1	0,36 % du PMSS (1)	0,19 % du PMSS (1)
☐ Option 2	OP2	0,91 % du PMSS (1)	0,43 % du PMSS (1)
☐ Option 3	OP3	1,45 % du PMSS (1)	0,66 % du PMSS (1)

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1

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

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Mandat de prélèvement complété.

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(s) nom(s) du(des) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RI

Fait à : _____

Date : _____

Signature **obligatoire** du salarié

(1) PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

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.

022016-47907

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.

022016-47907