



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

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

**Régimes de base et surcomplémentaires facultatifs
Anciens salariés**

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - 26 Rue Gambetta - 33091 BORDEAUX Cedex

ADHÉSION FACULTATIVE**Régime de base****IMPORTANT** - L'ancien salarié tel que défini dans la notice d'information peut continuer à bénéficier d'une couverture frais de santé.

Partie à compléter par l'ancien salarié

N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : 0_A_E_9_7_9_7_M

Catégorie de personnel à laquelle j'appartiens :

- 071: anciens salariés régime général
 078: anciens salariés régime Alsace-Moselle

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'ACCÉPTE 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 DÉCOMPTÉ 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.

Le conjoint (ou concubin ou partenaire pacsé) ainsi que l'(les) enfant(s) à charge de l'ancien salarié d'une entreprise relevant de la Convention collective nationale des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie peuvent bénéficier du présent régime de complémentaire santé.

Membres de la famille souhaitant adhérer au régime de base tels que définis dans la notice d'information

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant(s) (2)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(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) La cotisation du 3^e enfant et PLUS est gratuite. En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.**Tarifs mensuels**

Les cotisations seront prélevées mensuellement à terme échu sur votre compte bancaire, pour cela veuillez remplir le mandat de prélèvement joint.

COTISATIONS	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
Adulte	1,20% du PMSS*	0,70% du PMSS*
Enfant	0,73% du PMSS*	0,38% du PMSS*

* PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du régime. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Régime surcomplémentaire facultatif

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

Vous pouvez conserver votre régime surcomplémentaire facultatif, moyennant une cotisation mensuelle supplémentaire par bénéficiaire prélevée directement sur votre compte bancaire.

COCHEZ L'OPTION CHOISIE	CATÉGORIE D'AFFILIATION	ANCIEN SALARIÉ	ENFANT
<input type="checkbox"/> Option 1	OP1	0,36% du PMSS *	0,19% du PMSS *
<input type="checkbox"/> Option 2	OP2	0,91% du PMSS *	0,45% du PMSS *
<input type="checkbox"/> Option 3	OP3	1,45% du PMSS *	0,66% du PMSS *

* PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale

JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Mandat de prélèvement complété.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).

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 RIB.

Tout dossier incomplet ne pourra être traité. Dans l'attente, nous ne pourrions 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.

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.

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION RELEVANT DES ENTREPRISES DES ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DE BOULANGERIE ET PÂTISSERIE.

Date d'adhésion souhaitée: 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

La date d'adhésion choisie est valable tant pour le régime de base que pour le régime surcomplémentaire si vous y souscrivez.

Fait à: _____
Date:
Signature obligatoire de l'ancien salarié

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.

