AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale de la Charcuterie de détail [n° 3133]

Régimes de base et surcomplémentaire facultatifs
Travailleurs non salariés (TNS) et ses ayants droit

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé
TSA 10032- 59711 LILLE CEDEX 09
Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.artvie-sante.fr

ADHÉSION FACULTATIVE

Régime de base

Identification

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 : _____

N° de SIRET : _____

Préciser la date de fin d'exercice fiscal : _____

Fiscalité appliquée : ☐ Art. 154 bis du CGI (Madelin) ☐ Art. 62 et 154 bis du CGI (Madelin) ☐ Art. 62 du CGI

☐ J'ACCEPTE D'ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L'OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES DU GROUPE AG2R LA MONDIALE.

J'ATTESTE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS CI-DESSUS, JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION DU RÉGIME.

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			
			☐
Enfant(s) (2)			
			☐
			☐
			☐

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER DE NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, NOUS LES TRAITERONS PAR TÉLÉTRANSMISSION. COCHEZ LA CASE, SI VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER. VOUS DEVREZ ALORS NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES ORIGINAUX DE VOTRE RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS.
(2) LA COTISATION DU TROISIÈME ENFANT ET PLUS EST GRATUITE. EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER LES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE.

Tarifs mensuels - Valables jusqu'au 31/12/2015

Les cotisations sont prélevées trimestriellement à terme échu auprès de l'entreprise ou prélevées directement sur votre compte bancaire. Dans ce dernier cas, merci de remplir le mandat de prélèvement joint.

Âge du bénéficiaire	Régime général et assimilé	Régime Alsace-Moselle*
Moins de 26 ans	33,01 €	18,87 €
De 26 à 30 ans	42,43 €	27,12 €
De 31 à 40 ans	51,87 €	33,02 €
De 41 à 45 ans	58,93 €	37,73 €
De 46 à 50 ans	66,00 €	41,26 €
De 51 à 55 ans	73,09 €	47,16 €
De 56 à 60 ans	80,35 €	51,88 €
De 61 à 71 ans	102,55 €	63,66 €
De 72 ans et plus	124,94 €	75,46 €

* Régime réservé aux ayants droit.

MAPA MUTUELLE D'ASSURANCE

MAPA, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE MUTUELLE À COTISATIONS VARIABLES. ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES.
SIÈGE SOCIAL : BP 60037 – 17411, SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX

AG2R PRÉVOYANCE, GESTIONNAIRE DÉLÉGUÉ, MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA.

Régime surcomplémentaire

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

Vous pouvez améliorer les prestations prévues par le régime de base moyennant une cotisation supplémentaire par bénéficiaire appelée auprès de l'entreprise ou prélevée directement sur votre compte bancaire en choisissant une des 2 options ci-dessous.

Tarifs mensuels également applicables pour le régime Alsace-Moselle jusqu'au 31/12/2015

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation
☐ ART'VIE +	OP1 : art. 62 ou art. 154 bis et 62 001 : art. 154 bis
☐ ART'VISSIMO	OP2 : art. 62 ou art. 154 bis et 62 002 : art. 154 bis

Âge du bénéficiaire	ART'VIE+	ART'VISSIMO
Moins de 26 ans	8,89 €	12,24 €
De 26 à 30 ans	12,24 €	16,68 €
De 31 à 40 ans	15,56 €	20,03 €
De 41 à 45 ans	18,91 €	22,24 €
De 46 à 50 ans	21,13 €	24,46 €
De 51 à 55 ans	23,35 €	27,81 €
De 56 à 60 ans	26,69 €	31,15 €
De 61 à 71 ans	33,36 €	38,93 €
De 72 ans et plus	40,03 €	47,84 €

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).
- copie du certificat de radiation du contrat précédent afin de bénéficier des garanties sans délai de carence.

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 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 base obligatoire vous la délivrera sur simple demande,
- changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre le Régime social des indépendants et AG2R 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.112-2-1 ET R.112-4 DU CODE DES ASSURANCES QUI SONT REPRODUITS DANS LA NOTICE D'INFORMATION CI-JOINTE.

JE M'ENGAGE À UTILISER LA LANGUE FRANÇAISE PENDANT LA DURÉE DE L'ADHÉSION.

J'ACCEPTE QUE MON ADHÉSION AUPRÈS DE LA MAPA PRENNE EFFET À 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 PRÉVOYANCE, GESTIONNAIRE DE MON RÉGIME, À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT.

JE M'ENGAGE À RESTITUER SANS DÉLAI MA CARTE TERCIANE SI JE VENAIS À RÉSILIER MON CONTRAT ET À REMBOURSER AG2R PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDÛMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

LE SIGNATAIRE DU PRÉSENT BULLETIN DÉCLARE ADHÉRER À APEI ET DEMANDE LE BÉNÉFICE DU CONTRAT SOUSCRIT PAR CETTE DERNIÈRE AUPRÈS DE LA MAPA DONT LES DÉTAILS APPARAISSENT DANS LE PRÉSENT DOCUMENT ET DANS LA NOTICE D'INFORMATION CI-JOINTE, ET RECONNAÎT AVOIR REÇU UN EXEMPLAIRE DE LA NOTICE D'INFORMATION « TNS ET SES AYANTS DROIT », DES STATUTS DE L'APEI, AVOIR ÉTÉ INFORMÉS DES LIMITES FISCALES ATTACHÉES À LA DÉDUCTIBILITÉ DES COTISATIONS, ÊTRE À JOUR DE SES COTISATIONS OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE ET VIEILLESSE POUR BÉNÉFICIER DE LA FISCALITÉ MADELIN.

Date d'adhésion souhaitée : 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _

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**

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance, en sa qualité de délégataire de gestion pour le compte de la Mutuelle d'assurance des professions alimentaires (MAPA), responsables des traitements. 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.

082015-42930

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 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 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 PRÉVOYANCE, MEMBRE DU GROUPE
AG2R LA MONDIALE – INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITE SOCIALE
35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS – MEMBRE DU GIE AG2R RÉUNICA.

082015-42930