



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D’AFFILIATION

Centres d’hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d’accueil, d’orientation et d’insertion pour adultes (CHRS) [n° 783]

Régime de base obligatoire salarié et surcomplémentaire facultatif salariés et ayants droit

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 9

Pour tout renseignement : 0 970 81 80 75 (code 40)

ADHÉSION OBLIGATOIRE

Les cotisations seront prélevées directement par l’employeur via le bulletin de salaire.

J’ATTESTE QUE LE SALARIÉ À L’ANCIENNETÉ REQUISE DE 4 MOIS DANS L’ENTREPRISE.

Régime de base

Partie à compléter par l’entreprise

N° de SIRET : _____ N° de contrat AG2R Prévoyance : _____ M

Raison sociale : _____

N° : _____ Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____

Rue/voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d’adhésion du salarié : 01 _____

N° de catégorie d’affiliation

A01 : salariés régime général

A18 : salariés régime local

S01 : contrat de travail suspendu régime général

S18 : contrat de travail suspendu 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 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 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’ACCÉPTE D’ÊTRE INFORMÉ PAR MAIL DE L’OFFRE DE PRODUITS ET DE SERVICES DES MEMBRES ET PARTENAIRES D’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, 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 PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDUMENT 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).

• Mandat de prélèvement rempli pour les salariés en contrat suspendu (S01 et S18)

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 Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat AG2R Prévoyance: 0 F X 7 0 3 6 M

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

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime de base CHRS.

IMPORTANT - La souscription pour les ayants droit se fera à la même date d'adhésion que celle du salarié et pour un niveau de couverture identique.
La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraîne la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Tarifs mensuels valables jusqu'au 31/12/2015

| COTISATION | RÉGIME GÉNÉRAL | RÉGIME LOCAL |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Adulte | 1,34 % ⁽²⁾ soit 42,48 € | 0,82 % ⁽²⁾ soit 25,99 € |
| Enfant ⁽¹⁾ | 0,62 % ⁽²⁾ soit 19,65 € | 0,36 % ⁽²⁾ soit 11,40 € |

(1) LA COTISATION À COMPTER DU 3^e ENFANT EST GRATUITE(2) LES TAUX DE COTISATION S'APPLIQUENT EN POURCENTAGE DU PMSS SOIT 3 170 € AU 1^{er} JANVIER 2015

Régime de sécurité sociale des ayants droits (cocher la case)

 F01: régime général F18: 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 DÉMARCHÉ 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 DEVIÉZ 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.

(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 de base conventionnel obligatoire en choisissant une des 2 options ci-dessous.

| COCHEZ L'OPTION CHOISIE | ADULTE | ENFANT ⁽¹⁾ |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Option 1 (cat. 100) | 0,35 % ⁽²⁾ soit 11,10 € | 0,09 % ⁽²⁾ soit 2,85 € |
| <input type="checkbox"/> Option 2 (cat. 200) | 0,85 % ⁽²⁾ soit 26,95 € | 0,35 % ⁽²⁾ soit 11,10 € |

(1) LA COTISATION EST GRATUITE À COMPTER DU 3^e ENFANT.(2) LES TAUX DE COTISATION S'APPLIQUENT EN POURCENTAGE DU PMSS SOIT 3 129 € AU 1^{er} JANVIER 2014

La date d'adhésion au régime surcomplémentaire doit être postérieure ou égale à la date d'adhésion au régime de base obligatoire.
Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire: 0 1 (Si non renseignée, c'est la date du régime de base 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'ACCÉPTE QUE MON ADHÉSION AUPRÈS D'AG2R 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 PRÉVOYANCE À PRÉLEVER SUR MON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DES COTISATIONS DUES ET JE REMPLIS L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR L'ADHÉSION FACULTATIVE

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

Fait à: _____

Date: _____

Signature **obligatoire** du salarié

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 SÉCURITÉ SOCIALE
35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R
RÉUNICA.