AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

CCN du Commerce de Gros [N°3044]

VOTRE ADHESION OBLIGATOIRE A LA FORMULE BASE (Partie à compléter par l'employeur)

Précisions relatives à la formule choisie par l'entreprise : Base Renforcée Confort

N° de contrat AG2R Réunica Prévoyance : M

Raison sociale de l'entreprise :

N° SIRET :

Adresse :

Collège concerné : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Structure de cotisation : Isolé / Famille

Date d'adhésion du salarié : 0 1

Régime de Sécurité sociale du salarié : ☐ Régime général ☐ Régime local

Les cotisations du salarié, ainsi que celles de ses Ayants droit à charge "au sens de la Sécurité sociale" éventuels, seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

Fait à :

Date :

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : Prénom (s) :

Date de naissance : N° de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-Mail :

☐ J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE

☐ Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Réunica Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à :

Date :

Signature **obligatoire** du salarié

VOS DÉMARCHES

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :

1. Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
2. Ecrivez en lettres CAPITALES
3. Complétez le verso de ce document si vous souhaitez faire bénéficier vos ayants droit du régime BASE
4. Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistrée) :
   - Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre.
   - Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB
5. Remplissez le mandat SEPA joint (uniquement si vous adhérez au régime BASE de manière facultative pour votre conjoint non à charge au sens social)
6. Datez et signez votre bulletin d'affiliation
7. Transmettez le tout à **AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 9**

   Pour tout renseignement : **0969 32 2000 ou www.ag2rlamondiale.fr/entreprise/commerce-gros**

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Réunica Prévoyance. 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.

AYANTS DROIT A CHARGE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE* POUR LESQUELS JE SOUHAITE ADHERER

Les cotisations relatives aux Ayants droit «à charge au sens de la Sécurité sociale» seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint(2) à charge au sens social			
			☐
Enfants(3)			
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

* À savoir Ayants droit immatriculés sous le numéro de Sécurité sociale du Salarié

(1) Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Réunica Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

(2) Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

(3) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE POUR VOTRE CONJOINT NON À CHARGE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE*

Vous pouvez faire bénéficier votre conjoint "non à charge au sens de la Sécurité sociale" des mêmes garanties que vous, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire. Le règlement de celle-ci s'effectue mensuellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire, le 08 de chaque mois.

Cochez ici ☐ pour un prélèvement le 15 de chaque mois.

☐ **Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à mon conjoint** non à charge au sens social (conjoint non à charge tel que désigné dans la notice d'information)

La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraine la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : (Si non renseignée, c'est la date du premier jour du mois qui suit la demande qui sera retenue) : 0 1

Régime de sécurité sociale de mon conjoint non à charge : ☐ Régime général ☐ Régime local

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ N° de Sécurité sociale _____ ☐ (1)

* À savoir Conjoint immatriculé à titre personnel auprès d'un régime de Sécurité sociale

(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 cotre caisse de sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans le cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la cas.

COTISATION MENSUELLES AU TITRE DU RÉGIME FACULTATIF

		BASE	RENFORCÉE	CONFORT
		% PMSS (1)	% PMSS (1)	% PMSS (1)
Régime général	Conjoint non à charge	1,02 %	1,51 %	2,06 %
Régime Alsace Moselle	Conjoint non à charge	0,51 %	0,89 %	1,54 %

(1) Les taux de cotisation s'appliquent en pourcentage du PMSS (consulter la fiche tarif).

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'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____

Date : _____

Signature **obligatoire** du salarié

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 :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

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.

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

032017-60898