SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ

Convention collective nationale des Détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie [n° 3224]

Régimes conventionnel et surcomplémentaire - Salariés

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé
TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 09
Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.chocalliance.fr

ADHÉSION OBLIGATOIRE

IMPORTANT - Tous les salariés ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise sont affiliés obligatoirement au régime conventionnel.

Partie à compléter par l'entreprise

N° de SIRET : _____ N° de contrat Isica Prévoyance : _____
Raison sociale : _____
N° : _____ Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Rue / voie : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Date d'adhésion du salarié : 0 1 _____
J'atteste que le salarié a l'ancienneté requise pour bénéficier du régime.

N° de catégorie d'affiliation

- ☐ A01 : salariés régime général
- ☐ A18 : salariés régime Alsace-Moselle
- ☐ 036 : salariés en arrêt de travail ou en maladie professionnelle
- ☐ S01 : contrat de travail suspendu régime général
- ☐ S18 : contrat de travail suspendu régime Alsace-Moselle

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

ADHÉSION FACULTATIVE

N° de contrat Isica Prévoyance : 4 1 0 T 3 3 3 8 1 M

Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le règlement de celles-ci s'effectue trimestriellement à terme échu par prélèvement direct sur votre compte bancaire pour cela veuillez remplir l'autorisation de prélèvement jointe.

Régime surcomplémentaire facultatif

Vous pouvez à titre individuel améliorer les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 2 options ci-dessous.

Tarifs mensuels valables jusqu'au 31/12/2014 à la charge exclusive du salarié

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation	Salarié
☐ Option 1	OP1	8 €
☐ Option 2	OP2	16 €

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

Date d'adhésion souhaitée au régime surcomplémentaire : 0 1 _ _ _ _ _ _ _ (Si non renseignée, 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 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

- Autorisation de prélèvement complétée.

Fait à : _____

Date : _ _ _ _ _ _ _ _

Signature **obligatoire** du salarié

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par **Isica Prévoyance.** Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. 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.

Autorisation de prélèvement

N° National d'Émetteur
405 742

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par Isica Prévoyance. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____

Prénom (s) : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

_____

COMPTE À DÉBITER

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, 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.

Date : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

AG2R LA MONDIALE

ISICA PRÉVOYANCE, PÔLE ALIMENTAIRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE - MEMBRE DU GIE AG2R - 26, RUE DE MONTHOLON 75009 PARIS