



Retour du document : **AG2R LA MONDIALE – Affiliations santé**
TSA 10032 – 59711 LILLE CEDEX 9
Pour tout renseignement : **0 969 32 2000** ou **www.chocalliance.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.

POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER DE NOUS ENVOYER LES DÉCOMPTES DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS, 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 SOCIAL DES INDÉPENDANTS POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS.

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			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant(s) (2)			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

(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 31/12/2014

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 l’autorisation de prélèvement jointe.

Âge du bénéficiaire	Régime général et assimilé	Régime Alsace-Moselle
Moins de 26 ans	28,75€	15,69€
De 26 à 30 ans	35,28€	22,23€
De 31 à 40 ans	43,13€	27,45€
De 41 à 45 ans	50,97€	31,37€
De 46 à 50 ans	56,20€	34,00€
De 51 à 55 ans	62,73€	39,21€
De 56 à 60 ans	71,89€	43,14€
De 61 à 71 ans	87,56€	53,60€
De 72 ans et plus	107,17€	65,36€

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 31/12/2014

Cochez l'option choisie	Catégorie d'affiliation	Âge du bénéficiaire	Option 1	Option 2
<input type="checkbox"/> Option 1	001	Moins de 26 ans	7,90€	13,55€
<input type="checkbox"/> Option 2	002	De 26 à 30 ans	9,03€	16,93€
		De 31 à 40 ans	11,28€	20,31€
		De 41 à 45 ans	13,55€	23,70€
		De 46 à 50 ans	14,68€	25,95€
		De 51 à 55 ans	16,93€	28,21€
		De 56 à 60 ans	19,18€	32,72€
		De 61 à 71 ans	22,57€	40,61€
		De 72 ans et plus	28,21€	49,66€

JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- autorisation de prélèvement complétée.
- 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 pourrions 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 Régime social des indépendants ou votre organisme de Sécurité sociale vous la délivrera sur simple demande,
- changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre le Régime social des indépendants ou le régime de Sécurité sociale 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'ACCEPTÉ 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 L'AUTORISATION DE PRÉLEVEMENT.

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 INDUMENT 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: 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'assuré

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.

