AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 [nº 3116]

Régime de base obligatoire salarié et surcomplémentaire facultatif salarié 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 60)

ADHÉSION OBLIGATOIRE

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

Régime de base

Partie à compléter par l'entreprise

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

Raison sociale :

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

Rue/voie :

Code postal : Ville :

Date d'adhésion du salarié : 0 1

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 Tiers payant en cours de validité, remise à l'assuré dans le cadre du contrat avec AG2R Réunica 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 Réunica 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 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 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 TIERS PAYANT SI JE VENAIS À QUITTER MON EMPLOYEUR ET À REMBOURSER AG2R RÉUNICA 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).
- 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 Tiers payant, 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 Réunica Prévoyance, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

ADHÉSION FACULTATIVE

☐ **Je demande l'adhésion de mes ayants droit,**

au régime Frais de Santé à la date du : 0 1

Si la date n'est pas complétée, l'adhésion des ayants droit (tels que définis dans la notice d'information) prend effet au premier jour du mois qui suit la demande et je coche le régime dans le tableau.

☐ **Je demande l'adhésion au régime optionnel facultatif ,**

date d'effet : 0 1

Je coche la formule choisie dans le tableau des tarifs.

L'option cochée s'applique à mes ayants droit si j'ai demandé leur adhésion au régime frais de santé.

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES

Les cotisations de l'adhésion des ayants droit et de l'option sont à ma charge exclusive, elles seront prélevées le 08 de chaque mois directement sur mon compte bancaire/postal

	BASE		☐ **OPTION 1** (OP1)		☐ **OPTION 2** (OP2)	
	Adulte	Enfant	Adulte (0F1)	Enfant (0F1)	Adulte (0F2)	Enfant (0F2)
☐ Régime Général - (F01) ☐ Régime Local - (F18)			Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire			

Les ayants droit qui bénéficieront du régime de Frais de Santé.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(3)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
			☐
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus (2)			
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

(3) JE M'OPPOSE À LA TÉLÉTRANSMISSION JE DOIS DONC ADRESSER MES DOCUMENTS À MON CENTRE DE GESTION – JE COCHE LA CASE.

Je peux demander le versement des prestations sur un autre compte.

Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent du compte prélevé des cotisations, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(les) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

- J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produits et services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE sinon je coche ICI ☐.
- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L932-15-1 et R932-2-3 du code de la Sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime.
- 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 été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à : _____

Date :

Signature **obligatoire** de l'assuré

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, et à l'exception de vos données de santé et de votre numéro de sécurité sociale, être communiquées aux autres membres de AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.
Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande.
Les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques – Service du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

032017-60939

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 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 :

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 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

032017-60939