



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

Entreprise

BULLETIN D’AFFILIATION

Convention collective nationale des Commerces de gros de l’habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet (3148)

Régimes Base et Option 2 obligatoires Salariés et facultatifs ayants droit

ADHÉSION OBLIGATOIRE À LA FORMULE BASE + OPTION 2

Partie à compléter par l’entreprise

N° de SIRET : _____ N° de contrat : _____ M)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d’embauche (ou fin de dispense d’affiliation) : _____

Date souhaitée pour l’affiliation : 0, 1 _____

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

Fait à : _____
Date : _____
Cachet et signature **obligatoires** de l’entreprise

Partie à compléter par le salarié

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Régime général (A01)/(2A0) Régime local (A18)/(2A0)

Contrat travail suspendu régime général (S01) -

Contrat travail suspendu régime local (S18)

N° de Sécurité sociale : _____

Je m’oppose à la télétransmission de mes décomptes, je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion, je coche ICI

POUR FACILITER VOTRE AFFILIATION (OU VOTRE DEMANDE DE MODIFICATION)

- 1 - Faites remplir la partie à compléter par l’entreprise à votre employeur
- 2 - Ecrivez en lettres CAPITALES
- 3 - Complétez le verso de ce document si vous souhaitez couvrir vos ayants droit
- 4 - Joignez la photocopie de l’attestation jointe à votre carte vitale et celle de chaque ayant droit assuré social en nom propre
- 5 - Complétez le mandat de prélèvement et joignez le relevé d’identité bancaire (RIB) du compte à prélever (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
- 6 - Dated et signez votre bulletin d’affiliation
- 7 - Adressez le tout à : AG2R LA MONDIALE – Affiliations santé -TSA 10032 -59711 LILLE Cedex 9

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000 ou www.ag2rlamondiale.fr/habillement-mercerie-chaussure-jouet

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

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 2 (OP2)	
Adulte	Enfant	Adulte (100)	Enfant (100)
<input type="checkbox"/> Régime Général - (F01)		Je prends connaissance du montant des cotisations mensuelles par bénéficiaire dans la fiche tarifaire	
<input type="checkbox"/> Régime Local - (F18)			

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

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
			<input type="checkbox"/>
Enfants jusqu'à l'âge de 25 ans inclus			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(1) 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.

