



PRÉVOYANCE

**Arrêt de travail,
décès ou invalidité
absolue et
définitive**

BULLETIN D’AFFILIATION MAINTIEN DE GARANTIE PRÉVOYANCE

Convention collective nationale des Commerces de gros de l’habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet [n° 3148]
Personnel en congé sans solde (congés parentaux, de formation, sabbatiques, ...)

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - 12 rue Edmond Poillot - 28931 CHARTRES CEDEX 9
Pour tout renseignement : 0 970 80 97 00 code 40

N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : P

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DU (DE LA) SALARIÉ(E)

- 011 - Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14/03/1947 et de l’article 36 de l’annexe 1 de cette CCN en contrat de travail suspendu
- 021 - Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14/03/1947 et de l’article 36 de l’annexe 1 de cette CCN en contrat de travail suspendu

AFFILIATION

Identification de l’assuré(e)

Je soussigné(e) M. Mme NOM d’usage : _____

NOM de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Téléphone (facultatif) :

E-mail : _____

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Date d’entrée dans l’entreprise :

Date de suspension du contrat de travail :

Demande à adhérer au maintien de garanties prévu au régime complémentaire (la cotisation est payable mensuellement à terme d’avance).

Effet de la garantie

Date de début du congé sans solde :

Date de fin du congé sans solde :

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@ag2rmondiale.fr.

AG2R RÉUNICA Prévoyance agit pour son compte et le compte d’Humanis Prévoyance lui ayant donné mandat de souscription dans le cadre de la présente co-assurance.

AG2R RÉUNICA Prévoyance, membre d’AG2R LA MONDIALE - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

RÉMUNÉRATIONS BRUTES PERÇUES AU COURS DES 12 MOIS CIVILS PRÉCÉDANT LA DATE DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

MOIS	RÉMUNÉRATION MENSUELLE BRUTE
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€

Fait à: _____

Date: | | | | | | | | | |

Signature du salarié (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Fait à: _____

Signature et cachet **obligatoires** de l'entreprise

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