



AG2R LA MONDIALE



SANTÉ

# BULLETIN D’AFFILIATION

Convention collective nationale des Entreprises de commission, de courtage, de commerce intra-communautaire et d’importation-exportation [n° 3100]  
**Régime complémentaire - Salariés et ayants droit**

**RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé**

TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 9

**Pour tout renseignement : 0 970 80 97 00 (code 25) ou [www.sante-import-export.fr](http://www.sante-import-export.fr)**

## ADHÉSION OBLIGATOIRE

### Partie à compléter par l’entreprise

N° de SIRET : \_\_\_\_\_ N° de contrat AG2R RÉUNICA Prévoyance : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

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

Rue / voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d’adhésion du salarié : 01 \_\_\_\_\_

J’atteste que le salarié a l’ancienneté requise pour bénéficier du régime.

### Choix du régime

Essentiel (1)  Confort (2)  Summum (3)

### N° de catégorie d’affiliation

- 30: cotisation FAMILLE - Régime général
- 37: cotisation FAMILLE - Régime Alsace-Moselle
- 31: cotisation ISOLÉ - Régime général
- 38: cotisation ISOLÉ - Régime Alsace-Moselle
- S0: suspendus FAMILLE - Régime général
- S7: suspendus FAMILLE - Régime Alsace-Moselle
- S1: suspendus ISOLÉ - Régime général
- S8: suspendus ISOLÉ - Régime Alsace-Moselle

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 ( <b>obligatoires</b> ) 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’ACCEPTÉ 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 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.

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 RÉUNICA PRÉVOYANCE DE TOUTE SOMME INDUMENT AVANCÉE POUR MON COMPTE.

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer (uniquement pour les cat. 30 et 37)

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>			
			<input type="checkbox"/>
<b>Enfants (2)</b>			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(1) 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 DÉCOMPTÉ 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.  
(2) EN CAS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES MERCI D'INDIQUER LES ÉLÉMENTS DU TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE.

**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 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.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : |||  
Signature **obligatoire** de l'assuré

