

**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 - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1**

**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 : 0\_1 \_\_\_\_\_

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

### Choix du régime

Essentiel (1)  Confort (2)  Summum (3)  OPTIMUM(4)

### 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

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](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr).

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