

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Convention Collective Nationale des entreprises
relevant de la Navigation de Plaisance

Cochez selon votre situation :

Affiliation au régime de base conventionnel **ou** Modification de situation

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale : _____ N° SIRET : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Code NAF : _____

SITUATION DU SALARIÉ DANS L’ENTREPRISE

Date d'embauche ou de modification : _____

Indiquer le motif : _____

Date de prise d'effet des garanties : _____

Si modification de situation :

- Date de départ (préavis inclus) : _____
- Date de fin de portabilité (en fonction de l’ancienneté et au maximum jusqu’à 12 mois après la date de départ) : _____

ÉTAT CIVIL DU SALARIÉ

M. Mme Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____* Téléphone portable : _____*

Courriel : _____@_____

(à renseigner pour recevoir vos décomptes par e-mail)

Situation de famille : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e)
 Séparé(e) judiciairement Divorcé(e) Veuf(ve)

*Champs facultatifs

AYANTS DROIT

Ajout des ayants droit au régime de base conventionnel oui non

Joindre **impérativement** la photocopie de l’attestation VITALE de l’assuré principal, celle de son conjoint et des enfants s’ils sont assurés sociaux ou étudiants.

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Conjoint(e) / Concubin(e)	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Enfant(s) à charge	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

RÉGIME OPTIONNEL

Dans le cas où le régime optionnel n'est pas mis en place de manière obligatoire par l'Entreprise, vous pouvez augmenter les garanties du régime de base conventionnel souscrit par votre employeur :

Souscription au régime optionnel facultatif oui non

Les ayants droit, désignés ci-dessus, bénéficieront automatiquement du régime optionnel souscrit par le salarié.

TAUX DE COTISATIONS

Les taux de cotisations du régime conventionnel ci-contre sont garantis pour 2016 et 2017.

La cotisation « salarié » de 0,89 % sera appelée à 0,86 % pour l'année 2017.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – A titre indicatif, le PMSS 2016 = 3218 €

RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL	RÉGIME LOCAL		RÉGIME OPTIONNEL	RÉGIME GÉNÉRAL ET LOCAL	
	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL		RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
PERSONNEL ACTIF			PERSONNEL ACTIF		
	TAUX 2017 EN % DU PMSS			TAUX 2017 EN % DU PMSS	
Cotisation salarié - appel entreprise	0,89 %	0,49 %	Cotisation salarié - appel entreprise	0,32 %	
Cotisation conjoint - appel sur compte individuel	0,98 %	0,53 %	Cotisation salarié facultatif - Cotisation conjoint - appel sur compte individuel	0,36 %	
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	0,53 %	0,33 %	Cotisation enfant - appel sur compte individuel	0,13 %	
CATÉGORIE LOI ÉVIN			CATÉGORIE LOI ÉVIN		
Cotisation adulte - appel sur compte individuel	1,19 %	0,64 %	Cotisation adulte - appel sur compte individuel	0,43 %	
Cotisation enfant - appel sur compte individuel	0,53 %	0,33 %	Cotisation enfant - appel sur compte individuel	0,13 %	

Les cotisations de l'affiliation des ayants droit au régime de base conventionnel et au régime optionnel sont à la charge exclusive du salarié.

MODE DE RÉCEPTION DES INFORMATIONS SUR VOS REMBOURSEMENTS

J'accepte d'être alerté par courriel du remboursement de mes prestations. Les décomptes seront consultables sur mon espace client, en lieu et place du décompte papier,

Courriel : _____@_____

Vous pouvez vous désinscrire à tout moment sur le site www.ag2rlamondiale.fr, espace client, puis cliquez sur le bouton RÉUNICA.

AG2R RÉUNICA Prévoyance met en place gratuitement pour tout nouvel affilié le système de télétransmission directe des décomptes de Sécurité sociale. Si vous refusez que ces décomptes soient directement télétransmis, merci de recopier la mention suivante : « *Je refuse que mes décomptes soient directement transmis par ma CPAM* » et de signer ci-après :

Fait à : _____

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet et signature de l'entreprise adhérente
(précédés de la mention « lu et approuvé »)

Fait à : _____

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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