AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

FICHE DE CORRESPONDANCE

Entreprise - Salarié

ATTENTION
Toute sortie de personnel doit être signalée avant la date effective de sortie.

CARTE TIERS PAYANT
Sauf demande du salarié au bénéfice de ses droits à la portabilité des garanties, la carte de tiers payant doit être restituée par le salarié à l'entreprise. À défaut, l'entreprise, pour dégager sa responsabilité, doit prévenir l'Institution dans un délai de 15 jours.

RETOUR DU DOCUMENT

Sélectionnez le centre de gestion

ENTREPRISE

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

SIREN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Contrat : |_|_|_|_|_|_|_|M|

SALARIÉ CONCERNÉ

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MODIFICATION(S) DEMANDÉE(S) PAR L'ENTREPRISE

☐ **Radiation du salarié à effet du :**

Fin de contrat de travail - date de sortie salarié : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Salarié bénéficiaire de la CMU-C : joindre l'attestation CPAM CMU-C

Décès du salarié en date du : |_|_|_|_|_|_|_|_|

- Joindre un avis ou certificat de décès
- Si le contrat le prévoit (voir conditions particulières ou notice du salarié), demandez-vous le transfert des ayants droit en catégorie « ayants droit » de salarié décédé ?

☐ Oui ☐ Non

Date effet du transfert : |_|_|_|_|_|_|_|_|

PORTABILITÉ DES DROITS
Maintien des garanties de frais de santé si la cessation de contrat de travail ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage en application de l'ANI relatif à la modernisation du marché du travail. Vous devez impérativement, en tant qu'employeur, informer le salarié concerné par le dispositif de portabilité de ses droits et lui remettre un bulletin individuel d'affiliation à la portabilité complété et portant cachet de l'entreprise.

☐ **Changement de catégorie du salarié à effet du :** |_|_|_|_|_|_|_|_|
(voir conditions particulières ou notice du salarié)

☐ Suspension du contrat de travail du salarié - date de suspension : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Salarié en arrêt de travail depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro ancienne catégorie : |_|_|_| Numéro nouvelle catégorie : |_|_|_|

Modification des informations demandées par un salarié : faire compléter et signer le dos du formulaire.

Fait à : _____

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Besoin d'un renseignement ? contactez-nous au : 0969 32 2000

RAPPEL
Toute radiation de bénéficiaire doit être signalée avant la date effective souhaitée.
A réception de cette fiche, une nouvelle carte de tiers payant est adressée si nécessaire

MODIFICATION(S) DEMANDÉE(S) PAR LE SALARIÉ

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Changement d'adresse :**

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

☐ **Ajout / changement d'un RIB prestations**

Joindre le(s) RIB et préciser le(s) bénéficiaire(s) concerné(s) :

_____

_____

☐ **Adhésion à une option facultative (moyennant le paiement des cotisations)**

☐ **Résiliation à une option facultative**

à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ _____

☐ _____

☐ **Ajout d'un bénéficiaire à compter du :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Radiation d'un bénéficiaire à compter du :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre une copie de l'attestation de droits associée à la carte vitale pour le nouveau bénéficiaire assuré social à titre personnel

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
Enfant(s) et/(ou autre(s) personne(s) à charge (2)			
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐

(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 DÉCOMPTE 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) SI VOUS AVEZ PLUS DE 3 BÉNÉFICIAIRES, MERCI D'INDIQUER L'ENSEMBLE DES ÉLÉMENTS DEMANDÉS DANS LE TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE.

Fait à : _____

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

Signature **obligatoire** du salarié

Les informations demandées sont nécessaires à la gestion par votre organisme assureur de votre affiliation au dispositif de maintien des garanties collectives susvisées. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

102017-66568