



AG2R LA MONDIALE



SANTÉ

—
Entreprises
de Propreté
et Services
associés

GUIDE SALARIÉ

VOTRE NOUVEAU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

DISPOSITIF OBLIGATOIRE

Votre entreprise, relevant de la **Convention Collective Nationale des entreprises de Propreté et services associés**, a mis en place à votre profit un régime frais de santé (« mutuelle ») à compter du **1^{er} janvier 2016**.

Ce régime frais de santé conventionnel (régime de base), décrit dans votre Convention Collective Nationale, est obligatoire. Il est assuré et géré par **AG2R PREVOYANCE** et est financé 50 % à la charge de l'employeur, 50 % à votre charge.

DISPOSITIF FACULTATIF

Parallèlement, vous avez la possibilité de faire adhérer votre conjoint et vos enfants (ayants droit) à ce régime de base. Et si vous souhaitez améliorer votre couverture frais de santé, 2 options facultatives et individuelles sont à votre disposition. Ces 2 options seront également étendues au bénéfice de vos ayants droit, si vous les avez fait adhérer. Ce dispositif facultatif est financé intégralement par vous*. (cf tarif page 4)

Le détail des garanties est disponible dans la notice d'information que votre employeur vous a remise.

* Les cotisations seront prélevées mensuellement à terme échu sur votre compte bancaire.



LE BULLETIN D'AFFILIATION


Ce régime frais de santé conventionnel est obligatoire. À cet effet, votre employeur vous a remis une **notice d'information** et un **bulletin d'affiliation**. Ce bulletin est à remettre à votre employeur, complété et signé, pour bénéficier des garanties du régime frais de santé.

COMMENT REMPLIR LE BULLETIN D'AFFILIATION POUR LE DISPOSITIF OBLIGATOIRE ?

Cette partie sera déjà complétée par votre employeur.

Partie que vous devez compléter.

Des informations pour vous aider à compléter le bulletin d'affiliation et les pièces justificatives à fournir.



SANTÉ

BULLETIN D'AFFILIATION

Entreprises de propreté et des services associés [N°3173]

VOTRE ADHESION OBLIGATOIRE A LA FORMULE BASE (Partie à compléter par l'employeur)

N° de contrat AG2R Prévoyance : _____ M

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° SIRET : _____

Adresse : _____

Collège concerné : PERSONNEL NON CADRE

Régime social de l'entreprise : _____

Structure de cotisation : Salarié

Date d'adhésion du salarié : L 0 1 _____

Régime de Sécurité sociale du salarié : Régime général Régime local

Précisions relatives au salarié (cochez la case*) :

Salarié n'ouvrant pas droit à la cotisation plafonnée Salarié ouvrant droit à la cotisation plafonnée
ou en contrat d'apprentissage supérieur à un an Salarié en contrat d'apprentissage inférieur à un an

Les cotisations seront prélevées directement par l'employeur via le bulletin de salaire.
* si aucune case n'est cochée, le salarié sera affilié dans la catégorie "Salarié n'ouvrant pas droit à la cotisation plafonnée ou en contrat d'apprentissage supérieur à un an"

Fait à : _____

Date : _____

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

J'accepte d'être informé par mail de l'offre de produit et de services des membres et partenaires d'AG2R LA MONDIALE

Pour accélérer mes remboursements de frais de santé, mes décomptes seront télétransmis à AG2R Prévoyance par ma Caisse Primaire d'assurance Maladie - Je coche la case pour m'y opposer

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du régime.

Fait à : _____

Date : _____

Signature **obligatoire** du salarié

VOS DÉMARCHES

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation :

1. Faites compléter la partie réservée à l'entreprise par votre employeur
2. Ecrivez en lettres CAPITALES
3. Complétez le verso de ce document si vous souhaitez adhérer à une option facultative ou couvrir vos ayants droit
4. Joignez les pièces suivantes (tout dossier incomplet sera retourné, et votre affiliation ne sera pas enregistrée) :
 - Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en nom propre.
 - Votre relevé d'identité bancaire (RIB) - Si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joindre les RIB correspondants en précisant les noms des bénéficiaires concernés sur chaque RIB
5. Remplissez le mandat SEPA joint (inutile si vous adhérez seulement au régime de base obligatoire)
6. Dater et signez votre bulletin d'affiliation
7. Transmettez le tout à AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 Lille Cedex 9

Pour tout renseignement : **0970 81 88 04** code **70** ou www.ag2rlamondiale.fr/proprete

Autorisation de prélèvement à compléter pour les options et l'affiliation de votre famille (Mandat SEPA).

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.

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER Nom : _____ Prénom(s) : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____	DESTINATAIRE DU PAIEMENT AG2R 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) : _____ Fait à : _____ Le : _____ Signature du titulaire du compte à débiter : _____	DESTINATAIRE DU MANDAT VOTRE CENTRE DE GESTION AG2R PRÉVOYANCE SERVICE AFFILIATIONS
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ _____	<small>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 39 et suivants de la loi n°778-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</small> AG2R LA MONDIALE <small>AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE D'AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE - 16, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R REUNICA</small>



LA CARTE DE TIERS PAYANT TERCIANE

La carte de tiers payant Terciane qui vous permet de bénéficier de l'avance des frais, sera envoyée à votre domicile.

Vous recevrez une carte pour vous-même et une pour votre famille (si vous avez choisi de la couvrir). Ces cartes sont valables pour le régime obligatoire et les options.

J'ai plusieurs employeurs relevant de la convention collective (CCN) de la Propreté et services associés et adhérents auprès d'AG2R PREVOYANCE, comment dois-je m'affilier ?

Vous devez remplir un bulletin d'affiliation pour chaque employeur, cependant, **une seule carte tiers payant** vous sera délivrée. S'agissant des **options facultatives**, elles doivent être indiquées **sur un seul des bulletins d'affiliation**.

Comme en prévoyance, le taux de cotisation du régime frais de santé obligatoire est exprimé en pourcentage du salaire brut. De ce fait, chaque employeur prélèvera sur votre fiche de paie le pourcentage de la cotisation correspondante (voir exemple page suivante).

TAUX DE COTISATION

Pour l'année 2016 le taux de cotisation au régime frais de santé s'élève à 3,50 % du salaire brut. Cette cotisation est répartie de la manière suivante :

50 % à la charge de **l'employeur** soit 1,75 % du salaire brut

50 % à la charge du **salarié** soit 1,75 % du salaire brut

1^{er} exemple : je ne possède qu'un seul employeur. J'ai donc rempli un seul bulletin d'affiliation.

Si mon salaire brut s'élève à 950 €, la cotisation au régime frais de santé auquel je suis affilié sera répartie de la façon suivante :

	PART DE L'EMPLOYEUR	PART DU SALARIÉ
	$950 \times 1,75 \% = 16,625 \text{ €}$	$950 \times 1,75 \% = 16,625 \text{ €}$
COTISATION TOTALE	16,625 €	16,625 €

2^e exemple : je possède 3 employeurs relevant de la CCN Propreté et Services associés et adhérents auprès d'AG2R Prévoyance. J'ai donc rempli 3 bulletins d'affiliation.

Si mon salaire brut total s'élève à 950 € réparti comme suit :

Employeur 1 : 200 € - Employeur 2 : 250 € - Employeur 3 : 500 €

Alors la cotisation au régime frais de santé auquel je suis affilié sera répartie de la façon suivante :

	PART DES EMPLOYEURS	PART DU SALARIÉ
	$200 \times 1,75 \% = 3,5 \text{ €}$	$200 \times 1,75 \% = 3,5 \text{ €}$
	$250 \times 1,75 \% = 4,375 \text{ €}$	$250 \times 1,75 \% = 4,375 \text{ €}$
	$500 \times 1,75 \% = 8,75 \text{ €}$	$500 \times 1,75 \% = 8,75 \text{ €}$
COTISATION TOTALE	16,625 €	16,625 €

LES DISPENSES D’AFFILIATION

Vous avez la possibilité de ne pas bénéficier de ce régime frais de santé, si vous vous trouvez dans l’une des situations suivantes :

- **Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)**
La dispense d’affiliation est effective tant que dure l’aide. Une attestation d’assurance et le justificatif du bénéfice de la CMU-C sont à fournir annuellement.
- **Salarié(e) bénéficiaire de l’Aide à l’acquisition d’une Complémentaire Santé (ACS) visée à l’article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale**
La dispense d’affiliation est effective tant que dure l’aide. Une attestation d’assurance et le justificatif du bénéfice de l’ACS sont à fournir annuellement.
- **Salarié(e) couvert (e) par une assurance individuelle (mutuelle individuelle) de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l’embauche si elle est postérieure**
La dispense d’affiliation ne peut jouer que jusqu’à l’échéance du contrat individuel. Une attestation d’assurance, avec mention de l’échéance, est à fournir.

Si vous êtes visés par l’un de ces cas listés et qu’à ce titre, vous ne souhaitez pas bénéficier du régime frais de santé conventionnel, vous devez en informer votre employeur par écrit en lui fournissant les justificatifs nécessaires.

Un modèle de dispense d’affiliation est disponible sur notre site Internet : www.ag2ramondiale.fr/proprete

- **Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu’ayant droit, d’une couverture collective relevant d’un dispositif de prévoyance complémentaire autre que le régime obligatoire frais de santé mis en place dans la Branche quel que soit l’organisme choisi par l’employeur et conforme à la réglementation de la Sécurité sociale**
Un justificatif est à fournir chaque année par le salarié.
- **Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée (CDD) de moins de 12 mois**
Aucun justificatif n’est nécessaire.

- **Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée (CDD) supérieur ou égal à 12 mois**
Un justificatif est à fournir annuellement pour justifier d’une couverture individuelle (mutuelle individuelle) souscrite par ailleurs.

AG2R LA MONDIALE, UN ACTEUR COMPLET DE L'ASSURANCE DE PERSONNES

Groupe d'assurance de protection sociale et patrimoniale, nous offrons aux salariés, retraités, professionnels, dirigeants d'entreprise et à leur famille une gamme complète de produits et de services d'assurances de personnes : prévoyance, santé, épargne et retraite, permettant de couvrir les besoins des assurés, tout au long de la vie.

LE GROUPE EN CHIFFRES

- 15 millions d'assurés et ayants droit
- 1 entreprise sur 4 adhérente en France
- 84 branches professionnelles ou interprofessionnelles
- Plus de 2 millions de bénéficiaires en santé

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Nous sommes à votre disposition par téléphone au :
0970 81 88 04 code 70 *

*prix d'un appel local

Vous pouvez consulter notre site :
www.ag2rlamondiale.fr/proprete