



Fiche de correspondance Salarié ou ancien salarié

CCN des Détaillants,détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie (N° 3224)

Retour du document: AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1 Pour tout renseignement: 0 969 32 2000



Ce document vous permet de nous signaler toute information relative à :

- Changeement d'adresse
Changeement de coordonnées bancaires
Ajout de bénéficiaire(s) pour les anciens salariés uniquement
Adhésion facultative de l'assuré au régime surcomplémentaire
Changeement d'option
Radiation bénéficiaire(s) pour l'ancien salarié uniquement
Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif

Assuré concerné

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 :

Changeement d'adresse - À compter du :
Joindre l'(les)attestation(s) CPAM établie(s) à la nouvelle adresse dès que l'assuré et ses ayants droit affiliés seront en possession de celle(s)-ci.

Changeement de coordonnées bancaires
Le changement concerne : Prestations Cotisations
Joindre le(s) nouveau(x) relevé d'identité bancaire.
Si la modification concerne les cotisations veuillez compléter le mandat de prélèvement ci-joint.

Ajout de bénéficiaire(s) pour les anciens salariés uniquement - Date d'adhésion :
Cat. 081 : ayants droit anciens salariés (régime général)
Cat. 088 : ayants droit anciens salariés (régime Alsace-Moselle)
Vous pouvez faire adhérer d'autres bénéficiaires, moyennant le paiement des cotisations, pour un même niveau de garantie, au 1er janvier de chaque année, sous réserve de respecter un délai de préavis de 2 mois.
En cas de changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant), vous pouvez demander l'adhésion sans délai de préavis.
Suivant le cas, un délai d'attente de 6 mois prévu dans la notice d'information peut être appliqué sur certains postes.

Table with 4 columns: Nom - Prénom, Date de naissance, N° de Sécurité sociale, (2). Rows for Conjoint, concubin ou partenaire de PACS and Enfant(s) with form fields.

(1) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.
(2) Pour vos remboursements, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie.

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre d'AG2R LA MONDIALE, pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Elles sont également traitées pour, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment, ou l'analyse de vos données, pour réaliser les obligations de conseil nous incombant.

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

**Adhésion facultative de l'assuré au régime surcomplémentaire**

N° de contrat AG2R Prévoyance : \_\_\_\_\_  
Les cotisations mensuelles supplémentaires sont à la charge exclusive de l'assuré. Le règlement de celles-ci s'effectue mensuellement et à terme échu, par prélèvement direct sur votre compte bancaire. Pour cela, veuillez remplir le mandat de prélèvement joint.

Date d'adhésion souhaitée de l'assuré : \_\_\_\_\_

**Le choix d'une option de l'ancien salarié concerne également l'ensemble de ses ayants droit assurés.**

Vous pouvez à titre individuel améliorer à tout moment les prestations prévues par le régime conventionnel en choisissant une des 2 options \* :  Option 1  Option 2

\* Le détail des options est disponible dans la notice d'information communiquée par votre employeur lors de votre adhésion.

**Justificatifs à joindre**

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.
- Mandat de prélèvement complété.
- Relevé d'identité bancaire (RIB).
- Si les prestations du(des) bénéficiaire(s) doivent être versées sur un compte différent, joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire correspondant(s) en précisant le(s) nom(s) du(des) bénéficiaire(s) concerné(s) sur chaque RIB.

**Changement d'option**

- Pour une **augmentation** du niveau de garantie, le changement d'option est possible au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet, sous réserve que la demande soit faite au moins 3 mois à l'avance.
- Pour une **baisse** du niveau de garantie, le changement d'option est possible au 1<sup>er</sup> janvier sous réserve que la demande soit faite au moins 6 mois à l'avance.

Vous pouvez changer d'option après une période de 2 années complètes de cotisation à une option. Le changement d'option concerne l'ensemble des personnes assurées.

À compter du : \_\_\_\_\_

Option 1  Option 2

Salarié : Option 1 (cat. op1), Option 2 (cat. op2)

Ancien salarié :

Option 1 (Cat. O7A : ancien salarié / Cat. O8A : ayants droit)

Option 2 (Cat. O7B : ancien salarié / Cat. O8B : ayants droit)

**Radiation bénéficiaire(s) pour l'ancien salarié uniquement - À compter du :** \_\_\_\_\_

Vous pouvez demander la radiation de vos bénéficiaires au 31 décembre de chaque année, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois. Ce préavis ne sera pas appliqué en cas de divorce, dissolution d'un PACS et décès.

La résiliation à l'initiative du salarié peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
<b>Conjoint, concubin ou partenaire de PACS</b>		
_____	_____	_____
<b>Enfant(s)<sup>(1)</sup></b>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(1) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

**Justificatifs à joindre pour l'ajout d'ayants droit**

- Copie de l'attestation de la carte Vitale de chaque assuré social à titre personnel.

**Résiliation du régime surcomplémentaire facultatif**

À compter du : \_\_\_\_\_

**Pour l'ancien salarié, la résiliation concerne également l'ensemble des ayants droit assurés.**

Vous pouvez résilier au 31 décembre de l'année en cours à condition d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date. En cas de changement de situation de famille (divorce, dissolution d'un PACS), vous pouvez demander la résiliation au dernier jour du mois civil suivant la date de la demande, à condition d'en faire la demande dans les 30 jours qui suivent l'événement.

La résiliation à l'initiative du salarié peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première affiliation au contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Signature du salarié



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main sur demain

Santé



# Mandat de prélèvement

## Salarié ou ancien salarié

### CCN des Détaillants,détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie (N° 3224)

Retour du document: AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1  
Pour tout renseignement: 0 969 32 2000

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 : \_\_\_\_\_

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 :

Numéro de Sécurité sociale de l'assuré \_\_\_\_\_

Identifiant Créancier SEPA  
FR1230Z387018

### Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance - 12 rue Edmond Poillot  
28931 CHARTRES CEDEX 9

### Destinataire du mandat

Votre centre de gestion  
AG2R Prévoyance - Service affiliations

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). Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole-France - 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX, ou par courriel à : [informatique.libertes@ag2rmondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rmondiale.fr). Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.



AG2R LA MONDIALE

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14/16, bd Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.