

Déclaration entrée / sortie du personnel

Raison sociale : _____ N° adhérent : _____

Adresse : _____ Siret : _____

_____ Date : _____

Membre du groupe  AG2R LA MONDIALE

www.arpege-prevoyance.com

Déclaration à adresser au Service Affiliation de ARPEGE PREVOYANCE

Site de STRASBOURG : 2 rue de Reutenbourg – 67921 STRASBOURG CEDEX 9 – Tél : 03 90 22 84 92 – Télécopie : 03 69 20 13 40 – E-mail : adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

Site de MULHOUSE : 143 avenue Aristide Briand – B.P. 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX – Tél : 03 89 56 87 93 – Fax : 03 69 20 13 34 – E-mail : adafcoll68@ag2rlamondiale.fr

Ce document est à compléter pour :

- ▶ toute déclaration de suspension ou radiation de personnel(s) enregistré(s) auprès de l'Institution dans le collège précisé. Merci **de renseigner le motif de Sortie**.
- ▶ toute déclaration d'embauche (ou promotion) ou de reprise après suspension, au titre des couvertures de Prévoyance et Frais de Santé.
 - ✓ Pour valider les droits à prestations en matière de Frais de Santé, **cette déclaration devra impérativement être complétée par l'envoi d'un Bulletin Individuel d'Affiliation** accompagné des annexes nécessaires.
 - ✓ Pour procéder à une désignation particulière au titre de la garantie Décès, le salarié pourra obtenir le document nécessaire sur simple demande.

| Collège (ou catégorie) | Nom d'usage (marital, pseudonyme...) | Prénom | N° de Sécurité Sociale | Date de naissance | Date Entrée | Date Sortie | Motif sortie* | Frais santé** | Observations |
|---------------------------|---|--------|------------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|--------------|
| | Nom de naissance | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |

(suite au verso)

* Motif Sortie : 01 Décès - 02 Licenciement (hors licenciement pour faute lourde) – 03 Changement de catégorie professionnelle – 04 Invalidité / Inaptitude au travail – 05 Départ en retraite – 06 Licenciement pour faute lourde – 09 Autre motif ouvrant droit à la portabilité - 10 Congé parental, sans solde ou suspension de rémunération – 11 Autre motif n'ouvrant pas droit à la portabilité.

** Frais de Santé : si le collègue bénéficie conjointement de garanties de Prévoyance et de Frais de Santé, précisez "OUI" si l'assuré demande à bénéficier de cette dernière, "NON" si l'assuré demande à en être dispensé, en barrant la mention inutile.

NB : Les dispenses d'affiliation à la garantie Santé mentionnées sur la présente seront prises en compte sous la seule responsabilité de l'entreprise et ne sauraient engager ARPEGE PREVOYANCE en cas de difficulté rencontrée avec les administrations fiscales ou sociales.

| Collège (ou catégorie) | Nom d'usage (marital, pseudonyme...) | Prénom | N° de Sécurité Sociale | Date de naissance | Date Entrée | Date Sortie | Motif sortie* | Frais santé** | Observations |
|---------------------------|---|--------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|--------------|
| | Nom de naissance | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |
| | | | | | | | | Oui Non | |

* Motif Sortie : 01 Décès - 02 Licenciement (hors licenciement pour faute lourde) – 03 Changement de catégorie professionnelle – 04 Invalidité / Inaptitude au travail – 05 Départ en retraite – 06 Licenciement pour faute lourde – 09 Autre motif ouvrant droit à la portabilité - 10 Congé parental, sans solde ou suspension de rémunération – 11 Autre motif n'ouvrant pas droit à la portabilité.

** Frais de Santé : si le collègue bénéficie conjointement de garanties de Prévoyance et de Frais de Santé, précisez "OUI" si l'assuré demande à bénéficier de cette dernière, "NON" si l'assuré demande à en être dispensé, en barrant la mention inutile.

NB : Les dispenses d'affiliation à la garantie Santé mentionnées sur la présente seront prises en compte sous la seule responsabilité de l'entreprise et ne sauraient engager ARPEGE PREVOYANCE en cas de difficulté rencontrée avec les administrations fiscales ou sociales.