



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

CCN Entreprises des commerces
de gros (IDCC 573 - Brochure 3044)



**Vos salariés
méritent le meilleur**

Sommaire

1.	Évolution du contexte légal	3
2.	Votre offre frais de santé	5
3.	Montant des taux de cotisations mensuels au 1 ^{er} janvier 2026	10
4.	Les points forts AG2R LA MONDIALE	11

Évolution du contexte légal

Conformément aux dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les salariés doivent bénéficier, à compter du 1^{er} janvier 2016, d'une couverture complémentaire santé mise en place par leur employeur.

Les fédérations patronales signataires de la convention collective nationale des commerces de gros (IDCC 573 – Brochure 3044) ont souhaité apporter leur contribution quant à la mise en oeuvre de cette obligation légale en proposant aux entreprises de la branche un régime frais de santé négocié.

Son action, en partenariat avec différents organismes assureurs, vous permet de bénéficier d'une offre santé attractive avec des garanties supérieures à celles du « panier minimum de soins » et répondant aux exigences du dispositif « 100 % Santé ».

- Grâce à la mutualisation des risques santé sur l'ensemble des entreprises de la branche, AG2R Prévoyance, organisme de confiance référencé par la commission patronale de la convention collective nationale des commerces de gros, est en mesure de vous proposer un contrat à un coût particulièrement avantageux.
- AG2R Prévoyance a été également choisi pour la qualité de son offre de services et ses outils de gestion.
- Cette offre est proposée aux entreprises depuis le 1^{er} janvier 2016.

Régime de frais de santé : comment adhérer ?

En premier

L'employeur choisit le niveau de garanties du contrat collectif obligatoire qu'il souhaite mettre en place auprès de l'ensemble de ses salariés :

Régime R1 Offre de base

Régime R2 Offre renforcée

Régime R3 Offre confort

Ce contrat couvre, selon la situation réelle de chaque salarié :

- Le salarié seul
- La Famille : ensemble de la famille hors conjoint non à charge

À titre facultatif, le salarié pourra choisir de couvrir son conjoint non à charge : la cotisation sera alors à sa charge exclusive.

Attention : le salarié qui a des personnes à charge devra cotiser au régime famille.

En second

Il vous suffit de nous retourner la demande d'adhésion, dûment remplie et signée par vos soins.

La demande d'adhésion est disponible sur : <https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-commerces-de-gros-offre-la-mutuelle-sante-dediee-aux-entreprises-du-commerce-de-gros-3044>

Une fois votre adhésion enregistrée, nous vous adresserons votre contrat, vos conditions particulières ainsi qu'une notice d'information à remettre à chacun de vos salariés.

Les cartes de Tiers-payant, qui permettent d'éviter l'avance de frais auprès de nombreux professionnels de santé, seront, quant à elles, directement adressées à vos salariés bénéficiaires.



Votre offre frais de santé

Les garanties s'entendent **y compris** le remboursement de la Sécurité sociale sauf celles exprimées en forfait.

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour			
– Pour le secteur conventionné	100 % de la BR	190 % de la BR	300 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d’anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires			
– Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	170 % de la BR	300 % de la BR
– Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Chambre particulière ⁽²⁾			
Pour le secteur conventionné (Par nuitée ou par journée en cas d’hospitalisation en ambulatoire)	30 € par jour	50 € par jour	70 € par jour
Frais d’accompagnement d’un enfant à charge de – 16 ans (par nuitée) ⁽³⁾			
Pour le secteur conventionné	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Transport			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR	125 % de la BR	150 % de la BR
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (consultations, visites)			
Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	140 % de la BR	200 % de la BR
Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	120 % de la BR	180 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)			
Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	140 % de la BR	220 % de la BR
Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	120 % de la BR	200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	160 % de la BR	220 % de la BR
Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	140 % de la BR	200 % de la BR
Actes d’imagerie médicale (ADI), actes d’échographie (ADE)			
Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	150 % de la BR	160 % de la BR	200 % de la BR
Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	140 % de la BR	180 % de la BR

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽⁴⁾	–	15 € par séance dans la limite de 2 séances par an	30 € par séance dans la limite de 2 séances par an
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽⁶⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽⁷⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV		
Équipements libres ⁽⁸⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽⁷⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	225 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	400 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽⁷⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁹⁾			
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF		
Prothèses			
Panier maîtrisé ⁽¹⁰⁾			
Inlay, onlay	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	400 % de la BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽¹¹⁾			
Inlay simple, onlay	125 % de la BR	200 % de la BR	450 % de la BR
Inlay core	125 % de la BR	200 % de la BR	400 % de la BR
Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR	200 % de la BR	450 % de la BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale			
Orthodontie (par semestre de traitement)	150 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale			
Implants dentaires et piliers implantaires	–	Crédit de 250 € par an	Crédit de 600 € par an
Orthodontie (bénéficiaire de moins de 25 ans) par semestre de traitement, limité à 4 semestres de traitement	50 % de la BR reconstituée	150 % de la BR reconstituée	300 % de la BR reconstituée
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	–	Crédit de 100 € par an	Crédit de 300 € par an
Optique			
Équipements 100 % Santé ⁽¹²⁾			
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹³⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV		
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹³⁾			
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres de Classe A			
Équipements libres ⁽¹⁴⁾			
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹³⁾	50 €	80 €	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹³⁾	Voir grille optique ci-après		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV		
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR		
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 3 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾	–	–
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	–	Crédit de 5 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾	Crédit de 10 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾
Chirurgie réfractive	–	Crédit de 250 € par œil et par an	Crédit de 600 € par œil et par an

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Autres frais			
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	–	150 € limité à une intervention par année civile	300 € limité à une intervention par année civile
Maternité ou adoption			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	–	10 % du PMSS	20 % du PMSS

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

D.P.T.M : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : C.A.S : Contrat d'accès aux soins. O.P.T.A.M : Option pratique tarifaire maîtrisée. O.P.T.A.M-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, soit 4 005 € au 01/01/2026.

SS : Sécurité sociale.

* Les garanties implantologie comprennent les actes mentionnés dans la notice d'information

- (1) Hors établissement médico-socials (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Sur présentation de justificatif.
- (4) Sur présentation de la facture originale établie par le professionnel.
- (5) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (6) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (7) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment).
- (8) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.
- (9) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
- (10) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (11) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (12) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (13) Conditions de renouvellement
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa

précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

- Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- (14) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
 - (15) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité sociale restent prises en charge à hauteur de 100 % de la BR.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre					
			Adulte et Enfant de 16 ans et +			Enfant de - 16 ans		
			Régime 1	Régime 2	Régime 3	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.



Montant des taux de cotisations mensuels au 1^{er} janvier 2026

Taux de cotisation exprimé en % du PMSS*	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Régime R1	Régime R2	Régime R3	Régime R1	Régime R2	Régime R3
Salarié seul	1,02 % (soit 40,85 €)	1,51 % (soit 60,48 €)	2,25 % (soit 90,11 €)	0,52 % (soit 20,83 €)	0,89 % (soit 35,64 €)	1,68 % (soit 67,28 €)
Famille (la cotisation « salarié seul » est déjà incluse)	1,95 % (soit 78,10 €)	2,78 % (soit 111,34 €)	4,04 % (soit 161,80 €)	0,97 % (soit 38,85 €)	1,65 % (soit 66,08 €)	3,02 % (soit 120,95 €)
Conjoint non à charge – adhésion facultative	1,12 % (soit 44,86 €)	1,66 % (soit 66,48 €)	2,46 % (soit 98,52 €)	0,56 % (soit 22,43 €)	0,98 % (soit 39,25 €)	1,84 % (soit 73,69 €)

* PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01/01/2026 = 4 005 €.

Les cotisations « salarié seul » et « Famille » doivent être prises en charge à hauteur de 50 % par l'employeur.
La cotisation facultative du conjoint non à charge est à 100 % à la charge du salarié.

Le niveau de garanties du conjoint non à charge devra être strictement identique à celui du salarié.

Bien comprendre le tableau de cotisations

Prenons l'exemple suivant (en Régime Général, PMSS 2026)

Un employeur souscrit à un contrat collectif obligatoire RÉGIME R2 pour ses salariés.
La cotisation d'un salarié seul s'élèvera à 1,51 % du PMSS, soit 60,48 €.

0,755 % (soit 30,24 €) € à la charge de l'employeur et 0,755 % (soit 30,24 €) à la charge du salarié.

La cotisation d'un salarié avec sa « Famille » s'élèvera à 2,78 % du PMSS, soit 111,34 €.

1,39 % (soit 55,67 €) à la charge de l'employeur et 1,39 % (soit 55,67 €) à la charge du salarié.

Si le salarié souhaite étendre la garantie de son contrat collectif à son conjoint non à charge, il devra régler 100 % de la cotisation prévue à cet effet, soit pour un conjoint non à charge en Régime R2 : 1,66 % (soit 66,48 €).



Les points forts AG2R LA MONDIALE

Nos engagements

- Des conseillers experts pour vous accompagner dans la mise en place du contrat et de son suivi.
- La possibilité de maintenir les garanties de frais de santé en cas de suspension du contrat de travail.
- La création d'un régime spécial pour les anciens salariés.

La possibilité, si vous le souhaitez, de passer par les réseaux de partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de services préférentiels. C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.

Des services en ligne et sur mobile réservés à nos assurés

Gagnez du temps et profitez au mieux de votre complémentaire santé grâce aux services internet AG2R LA MONDIALE

- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en vous abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Téléchargez vos devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de votre prise en charge.
- Localisez les professionnels de santé proches de chez vous proposant le tiers payant.
- Retrouvez tous les liens utiles pour vous aider dans vos démarches administratives, vous guidez dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier...

Application « Ma Santé »

Nous vous proposons une application mobile, « Ma Santé », qui vous permet d'afficher votre carte de tiers payant directement sur votre mobile (iPhone, iPad, Android) et de géolocaliser les professionnels de santé acceptant la carte de tiers payant.

Pour bénéficier de tous ces services

Connectez-vous sur www.ag2rlamondiale.fr pour accéder à votre espace clients.

Téléchargez l'application « Ma Santé » : www.ag2rlamondiale.fr/services-en-ligne

Pour plus d'informations

Nous sommes à votre disposition au :

Entreprises : 09 72 67 22 22

Salariés : 09 69 32 20 00

Du lundi au vendredi
de 9 heures à 17h30

*prix d'un appel local

Vous pouvez consulter notre site :

www.ag2rlamondiale.fr/commerce-gros

Notre gestion simplifiée

Une prise en charge immédiate sans questionnaire médical dès la souscription de votre contrat.

Pour les professionnels et les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Je crée mon entreprise

- Couvrir mes dépenses de santé
- Me protéger en cas d'imprévu
- Être accompagné dans la gestion de mon entreprise
- Épargner pour ma retraite
- Choisir mon statut social
- Optimiser ma rémunération

Nos conseillers sont là pour échanger avec vous, vous écouter et vous accompagner dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

Je prépare l'avenir de mon entreprise

- Mieux comprendre ma protection sociale
- Couverture sociale et avantages des salariés
- Permettre à mes salariés d'épargner
- Mieux valoriser mon entreprise
- Protéger la trésorerie de mon entreprise

Je prépare ma retraite

- Me protéger en cas d'imprévu
- Me constituer un capital Revenu pour la vie
- Conseil carrière et retraite
- Simuler le montant de ma retraite

Je transmets mon entreprise

- Préparer la transmission de mon entreprise
- Conserver ma protection sociale
- Protéger mon patrimoine privé
- Analyser mes revenus futurs

AG2R LA MONDIALE

14-16 boulevard Malesherbes
75379 PARIS CEDEX 08

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