



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Fiche de correspondance

CCN de la Pâtisserie (N°3215)

Salarié ou ancien salarié

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour tout renseignement : 0 969 32 2000, www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-patisserie ou cg.bordeaux.affiliations@ag2rlamondiale.fr

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 Complémentaire santé solidaire (CSS) : joindre l'attestation

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 : _____

☐ 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 : _____

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.

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.

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

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) à effet du : _____

☐ Option Initiative (OP1)

☐ Option Attractive (OP2)

☐ Option Exclusive (OP3)

☐ Résiliation de l'option facultative à compter du : _____

☐ Ajout d'un bénéficiaire à compter du : _____

☐ Radiation d'un bénéficiaire à compter du : _____

☐ Changement d'option facultative (moyennant le paiement des cotisations) à effet du : _____

☐ Option Initiative (OP1)

☐ Option Attractive (OP2)

☐ Option Exclusive (OP3)

Le changement d'option concerne l'ensemble des personnes assurées. Pour une augmentation du niveau de garantie, le changement d'option est possible au 1^{er} janvier ou au 1^{er} 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^{er} janvier, sous réserve que la demande soit faite au moins 6 mois à l'avance, et après une période de 2 années complètes de cotisation à une option. Ces demandes doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception au centre de gestion.

Joindre une copie de l'attestation de droits associés à la carte Vitale pour le nouveau bénéficiaire assuré social à titre personnel.

Personnes pour lesquelles je désire également adhérer (à compléter obligatoirement pour une affiliation «Famille»)

Nom - Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(1)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS			
			☐
Enfants à charge ⁽²⁾			
			☐
			☐
			☐

⁽¹⁾ Je m'oppose à la télétransmission je dois donc adresser mes documents à mon centre de gestion – je coche la case.

⁽²⁾ En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

Fait à : _____
Date : _____
Signature obligatoire du salarié



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé
Entreprise

Mandat de prélèvement SEPA

N° Contrat: _____

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.

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). Vos données à caractère personnel sont traitées par votre organisme d'assurance membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat.

Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos <https://www.ag2rlamondiale.fr/contactez-nous/exercez-vos-droits-sur-vos-donnees-personnelles> formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX.

Pour en savoir plus :
<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Destinataire du paiement

AG2R Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9
ICS : FR1230Z387018

Type de paiement :

Païement récurrent

Coordonnées du titulaire du compte à débiter

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Compte à débiter – Paiement récurrent

Code BIC (Bank identification code)

N° IBAN (International bank account number)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Nom et Prénom(s) de l'assuré : _____

Fait à _____

Le _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

Zone réservée à l'usage exclusif du destinataire du paiement

Destinataire du mandat :

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliations

