



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 100 % à la charge de l'employeur, 0 % 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, des options facultatives et individuelles sont à votre disposition. Ces 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 11)

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.



COMMENT REMPLIR LE BULLETIN D’AFFILIATION POUR AMÉLIORER MES GARANTIES ET/OU COUVRIR MES AYANTS DROIT ?

Si vous souhaitez améliorer votre famille au régime de base, vous devez cocher cette case.

Si vous souhaitez améliorer les garanties du régime de base, reportez-vous à la notice d'information pour le détail des garanties et choisissez une des options.

Les cotisations des options facultatives sont à votre charge exclusive. L'employeur ne participe pas financièrement.

À compléter pour l'adhésion de votre famille.

N'oubliez pas de dater et signer le bulletin d'affiliation.

VOTRE ADHÉSION FACULTATIVE N° de contrat AG2R Prévoyance : 0GY8805M

Les cotisations supplémentaires sont à la charge exclusive du salarié. Le régime de base est financé par le prélevement direct sur votre compte bancaire le 08 de chaque mois.

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants) à la charge de tels que désignés dans la notice d'information.

La suspension ou la résiliation du régime de base obligatoire du salarié entraîne la suspension ou la résiliation de la présente garantie.

Date d'adhésion souhaitée au régime facultatif : non renseignée c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue : 0.

Régime de sécurité sociale de mes ayants droit : Régime général Régime local

Je demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel (cochez la rubrique choisie) :

Option 1 Option 2

Couverture pour vous-même et le cas échéant des membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé. La rubrique choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

Dates d'adhésion au régime optionnel non renseignée c'est la date du régime de base obligatoire qui sera retenue : 0.

VOS COTISATIONS MENSUELLES 2016 AU TITRE DES RÉGIMES FACULTATIFS			
	BA		
	€uros	€uros	€uros
Régime général	Salarié	€	€
	Conjoint	€	€
	Enfant	€	€
Régime Alsace Moselle	Salarié	€	€
	Conjoint	€	€
	Enfant	€	€

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR moyennant le paiement des cotisations correspondantes

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	(*)
Co			
En			

(*) Pour accélérer les remboursements de frais de santé les déclarations seront télétransmises à AG2R Prévoyance par la caisse Primaire d'assurance Maladie (ce code la case pour s'y opposer)

(*) Conjoint concubin ou partenaire de PACS

(*) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments sur une feuille annexe

Commercialisation par une technique de vente à distance ou démarchage

Je atteste avoir reçu et pris connaissance des informations visées par les articles L225 et R222 du code de la sécurité sociale qui sont reproduits dans la notice d'information du régime de base. J'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion. J'accepte que mon adhésion auprès d'AG2R Prévoyance constitue à s'écarter à partir de la date de signature figurant sur le bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues. Je reconnais avoir pris connaissance que je bénéficie d'un droit à renonciation dans les conditions définies dans la notice d'information.

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

Cat à :

Date :

nature obligatoire du salarié

AG2R PRÉVOYANCE - Centre d'AG2R LA MONTAGNE - Institut de prévoyance régi par le code de la sécurité sociale - 51 boulevard Foch - 92000 Paris - France - Tél : 01 47 34 10 00 - Site : www.ag2r-prevoyance.fr

NOTA
Si vous choisissez d'une part d'améliorer vos garanties en choisissant l'une des deux options facultatives et d'autre part de couvrir vos ayants droit, votre famille sera alors couverte avec le même niveau d'option que vous-même.

Autorisation de prélèvement à compléter pour les options et l'affectation 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 garant 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.

Identifiant bancaire FR1230Z387018

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER Nom Prénoms Adresse Code postal Ville	DESTINATAIRE DU PAIEMENT IBAN BIC
COMPTES À DÉBITER – PAIEMENT RÉCURRENT N° de compte de rattachement N° de compte de débit Titulaire du compte à débit Signature du titulaire du compte à débit	DESTINATAIRE DU MANDAT IBAN BIC

Il est obligatoire d'indiquer un relevé d'identité bancaire ou postale.

Les 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 2005/29/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 17 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

AG2R LA MONDIALE



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 2010 le taux de cotisation au régime frais de santé s'élève à 1,00 % du salaire brut. Cette cotisation est répartie de la manière suivante :

- 50 % à la charge de l'employeur soit 0,50 % du salaire brut
- 50 % à la charge du salarié soit 0,50 % 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 900 €, la cotisation au régime frais de santé auquel je suis affilié sera répartie de la façon suivante :

	PART DE L'EMPLOYEUR	PART DU SALARIÉ
	900 X 0,50 % = 4,50 €	900 X 0,50 % = 4,50 €
COTISATION TOTALE	9,00 €	9,00 €

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 900 € réparti comme suit :

Employeur 1 300 € - Employeur 2 400 € - Employeur 3 200 €

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

	PART DES EMPLOYEURS	PART DU SALARIÉ
	300 X 0,50 % = 1,50 €	300 X 0,50 % = 1,50 €
	400 X 0,50 % = 2,00 €	400 X 0,50 % = 2,00 €
	200 X 0,50 % = 1,00 €	200 X 0,50 % = 1,00 €
COTISATION TOTALE	4,50 €	4,50 €

LES DISPENSES D’AFFILIATION

Vous avez la possibilité de ne pas bénéficier de ce régime frais de santé, si vous vous trouvez dans 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 8188 04 code 70 *

*prix d'un appel local

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