Fiche de correspondance

Convention collective nationale des Détaillants, détaillants-fabricants et artisans de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie [n° 3224]

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

☐ Embauche ☐ Changement d'adresse / RIB
☐ Radiation / Radiation CMU ☐ Portabilité des droits

RETOUR DU DOCUMENT À :

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
Service affiliation santé
26 rue de Montholon
75305 PARIS CEDEX 09

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

N° de SIRET : ____
Raison sociale : ____
Adresse du siège social : ____
Code postal : ____ Ville : ____
Adresse de correspondance (si différente) : ____
Code postal : ____ Ville : ____
N° de contrat ISICA PRÉVOYANCE : ____
Représenté par : ____
Agissant en qualité de : ____
Si nécessaire, je peux être contacté par téléphone (facultatif) : ____
ou par mail (facultatif) : ____ @ ____

1/ RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Embauche d'un salarié à la date du : ____ N° de catégorie : ____
☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : ____ Prénom(s) : ____
Adresse : ____
Code postal : ____ Ville : ____
Date de naissance : ____
N° de Sécurité sociale : ____
Demande l'envoi d'un bulletin d'adhésion dont le retour sera OBLIGATOIRE pour obtenir la carte de tiers payant et la télétransmission automatique des décomptes par le régime de base obligatoire.

Changement de RIB du salarié suivant :
☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : ____ Prénom(s) : ____
Date de naissance : ____
N° de Sécurité sociale : ____
Le changement de RIB concerne :
☐ PRESTATIONS (préciser au dos du RIB les bénéficiaires à rattacher)
☐ COTISATIONS
Joindre le(s) nouveau(x) RIB.

Changement d'adresse du salarié suivant : à compter du : ____
☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : ____ Prénom(s) : ____
Adresse : ____
Code postal : ____ Ville : ____
Date de naissance : ____
N° de Sécurité sociale : ____
Joindre l'attestation CPAM établie à la nouvelle adresse.

Radiation d'un salarié bénéficiaire de la CMU complémentaire :
☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : ____ Prénom(s) : ____
Date de naissance : ____
N° de Sécurité sociale : ____
Joindre impérativement l'attestation CPAM CMU.

(PDF) **GP / A 599-3 / Déc.10** - PAO Pôle Contrat Chartres

ATTENTION

Si la cessation du contrat ouvre droit aux allocations chômage, le salarié peut bénéficier de la portabilité des droits, il faut alors remplir la partie 2 du présent formulaire.

Radiation du salarié à la date du : ⌊ ⌋

☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ⌊ ⌋

N° de Sécurité sociale : ⌊ ⌋

Motif de radiation :
- ☐ Radiation simple
- ☐ Fin de CDD
- ☐ Fin de contrat spécifique (alternance, apprentissage, ...)
- ☐ Licenciement (hors faute lourde)
- ☐ Plan de sauvegarde de l'emploi
- ☐ Démission
- ☐ Départ à la retraite
- ☐ Licenciement pour faute lourde
- ☐ Autres : précisez : _____

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail et la cotisation est due intégralement pour ce mois.

PORTABILITÉ

Durée de la portabilité en fonction de la durée du dernier contrat de travail

Moins d'1 mois	= 0
1 mois et 2 mois	= 1 mois
2 mois et 3 mois	= 2 mois
3 mois et 4 mois	= 3 mois
4 mois à 5 mois	= 4 mois
5 mois et 6 mois	= 5 mois
6 mois et 7 mois	= 6 mois
7 mois et 8 mois	= 7 mois
8 mois et 9 mois	= 8 mois
9 mois et plus	= 9 mois

2/ PORTABILITÉ DES DROITS

Maintien des garanties prévoyance et frais de santé après cessation du contrat de travail d'un salarié ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Vous devez, en tant qu'employeur, impérativement informer vos salariés concernés par le dispositif de portabilité, de leurs droits concernant le maintien des garanties pendant la durée de leur indemnisation au régime d'assurance chômage et leur faire remplir la présente fiche. Vous devez leur remettre le verso de cette fiche sauf si le salarié renonce expressément à la portabilité de ses droits.

Salarié bénéficiaire de la portabilité

☐ M. ☐ Mme ☐ Melle NOM : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : ⌊ ⌋ Ville : _____

Date de naissance : ⌊ ⌋

N° de Sécurité sociale : ⌊ ⌋

Date d'embauche dans l'entreprise : ⌊ ⌋

Date de cessation du contrat de travail : ⌊ ⌋

Motif de la cessation du contrat de travail : _____

Fait à : _____

Le : ⌊ ⌋

Signature du responsable et cachet de l'entreprise :

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par votre Assureur. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes faisant l'objet de traitements de données personnelles peuvent exercer leurs droits d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les informations qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.