



BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION du Groupe CARREFOUR Maladie - Chirurgie - Maternité

DOCUMENT à retourner dûment complété et signé par vos soins, à l’adresse suivante :
APGIS – Service anciens salariés CARREFOUR – 12 rue Massue – 94 684 VINCENNES CEDEX

ANCIEN SALARIE A ASSURER

Nom / Prénom

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | Né(e) le.....

Situation : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ PACS

Adresse

Téléphone ☒ E-mail

SITUATION DE L’ANCIEN SALARIE

Date d’entrée dans l’entreprise | | | | | | | | Date de cessation d’activité | | | | | | | |

Motif de départ de l’entreprise : ☐ Invalidité ☐ Licencié ☐ Retraité

☐ Ayant droit d’un assuré décédé : Date du décès du salarié | | | | | | | |

☐ Congé sans solde : Date de début | | | | | | | | Date de reprise prévue | | | | | | | |

ADHESION FACULTATIVE DES AYANTS DROIT AU TITRE DU REGIME FRAIS MEDICAUX (SI COTISATION FAMILLE)

Nom	Prénom	Date de naissance	Autre mutuelle	N° Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Conjoint, Concubin, Pacsé(e)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
1 ^{er} enfant		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
2 ^e enfant		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
3 ^e enfant		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Au-delà du 3^{ème} enfant, mentionner les informations sur papier libre

ACCEPTATION DE L’ADHESION

☐ Je souhaite bénéficier du régime **PLENITUDE** à compter du | | | | | | | | | |
en contrepartie du paiement d’une cotisation mensuelle spécifique, prélevée directement sur mon compte bancaire ou postal
(voir cotisations au dos).

J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document, je m’engage à signaler toute modification et à restituer, en cas de cessation de l’assurance, les attestations de tiers payant, qui m’auront été transmises.

Je m’engage à régler par prélèvement, dans sa totalité, le montant de la cotisation appelée par l’APGIS au début de chaque mois.

APGIS collecte et traite vos données à caractère personnel, en qualité de responsable de traitement. Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande d’adhésion et pourront être transmises à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires. Les données sont collectées dans le cadre de la gestion de vos garanties, d’opérations de prospection commerciale, d’actions de recherche et de développement, d’actions sociales et/ou de prévention, de l’élaboration de statistiques et d’études actuarielles ainsi que pour l’exécution des dispositions légales, réglementaires tel que la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d’un droit d’opposition à la prospection commerciale. Ces données seront conservées durant toute la vie des garanties et ensuite, jusqu’à l’expiration des délais de prescription et de conservation imposés par la réglementation. Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement, de limitation, de portabilité et d’opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant en vous adressant : dpo@apgis.com ou à APGIS – cellule Protection des données personnelles – 12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex.

A _____, le | | | | | | 20 | | | |

Signature de l’assuré(e)
(précédée de la mention « Lu et Approuvé »)



Les taux de cotisations prévus pour le Régime Plénitude sont les suivants :

<u>Régime «Plénitude » niveau actifs</u> Régime Général Sécurité sociale	Cotisations 2026 en % du PMSS*	Cotisations mensuelles en Euros
Isolé	3,43 %	137,37
Famille	6,63 %	265,53

* PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 4.005 € en 2026

Dans le cadre des mesures retenues par les partenaires sociaux du Groupe CARREFOUR, une prise en charge d'une partie de votre cotisation d'ancien salarié a été organisée par le Régime Frais Médicaux. En conséquence, pour votre première année d'affiliation au régime frais médicaux, cette prise en charge correspond à un abattement fixé à 40% de la cotisation correspondant à la part « isolé » de l'exercice en cours. Ainsi, votre taux de cotisation sera donc fixé à :

<u>Régime «Plénitude » niveau actifs</u> Régime Général Sécurité sociale	Cotisations en % du PMSS*	Cotisations mensuelles en Euros
Isolé	2,058 %	82,42
Famille	5,258 %	210,58

Pour les années d'affiliation suivantes, l'abattement sera fixé à 30% la deuxième année, 20% la troisième année, 10% la quatrième année.

Le taux correspondant à votre situation ne vous sera appliqué qu'à partir de votre cinquième année d'affiliation au Régime Plénitude.

Information concernant le Régime Frais de santé :

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Il s'élève à 88,84% (ratio constaté par l'organisme assureur au titre de l'exercice 2024). »

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Il s'élève à 8,13 % (ratio constaté par l'organisme assureur au titre de l'exercice 2024). »

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

CADRE RESERVE A L'APGIS

Date d'effet de l'adhésion : | | | | | | | |

Reçu par l'APGIS le

.....

Cachet de l'APGIS

MODALITES DE PAIEMENT

L'ensemble des cotisations résultant de votre adhésion sont appelées mensuellement par prélèvement sur votre compte bancaire. Pour ce faire, il vous faudra remplir le mandat de prélèvement SEPA fourni en fin de document et transmettre l'ensemble des documents à l'APGIS.

PEUVENT ETRE INSCRITS COMME BENEFICIAIRES DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX (SI COTISATION FAMILLE)

Vos ayants-droit sont définis comme étant :

- ☐ Votre conjoint, à défaut de conjoint, votre concubin ou la personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge ou non au sens de la Sécurité sociale.
- ☐ Vos enfants à charge au sens de la législation fiscale,
- ☐ Vos enfants de moins de 25 ans poursuivant leurs études, et s'ils ont plus de 20 ans régulièrement inscrits au régime de la Sécurité sociale,
- ☐ Vos enfants de moins de 20 ans en apprentissage,
- ☐ Vos enfants bénéficiaires des mesures en faveur de l'emploi, sous réserve :
 - qu'ils soient âgés de moins de 22 ans,
 - qu'ils perçoivent une rémunération égale ou inférieure à 65% du SMIC (à justifier par une copie du contrat de travail),
 - qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire.
- ☐ Vos enfants infirmes, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241.3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge ou bénéficiaire de la carte CDAPH (ex-COTOREP),
- ☐ Vos ascendants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire du PACS à charge au sens de la législation fiscale.

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

A retourner à : APMG – Service anciens salariés CARREFOUR – 12 rue Massue – 94 684 Vincennes Cedex

Selon votre situation :

- * la copie de votre notification de mise en retraite,
- * la copie du dernier avis de situation délivré par France Travail (anciennement appelé Pôle Emploi) ou la copie du dernier justificatif de paiement de vos indemnités journalières Sécurité sociale,
- * la copie du courrier de votre employeur mentionnant les dates de début et de fin de votre congé d'activité.
- * la copie de votre notification d'invalidité.

Ainsi que :

- la copie de l'attestation Vitale papier à jour de tous les membres de votre famille à garantir et mentionnant votre adresse actuelle, pour la mise en place du système de télétransmission NOEMIE et du tiers payant.
- Fournir pour les concubins un certificat de vie commune accompagné d'un justificatif de domicile commun aux deux noms / pour les partenaires de PACS, la copie de l'attestation d'engagement délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance.
- Pour l'ascendant, fournir la copie de l'attestation Vitale papier à jour sur lequel il figure au titre d'ayant droit et la copie de l'avis d'imposition du salarié justifiant qu'il est à charge fiscalement.
- Un certificat de scolarité pour vos enfants âgés de plus de 18 ans, à renouveler à chaque rentrée scolaire.
- Pour les enfants handicapés, la copie de la carte d'invalidité.
- **Un relevé d'identité bancaire ou postal, pour le paiement de vos prestations par virement, à défaut le règlement sera effectué par chèque.**
- **Le mandat SEPA ci-joint dument complété.**
- Toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.



DOCUMENT à retourner dûment complété et signé par vos soins, à l'adresse suivante :
APGIS – Service anciens salariés CARREFOUR – 12 rue Massue – 94 684 VINCENNES CEDEX

Nom, Prénom de l'assuré :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez l'APGIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APGIS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. L'exercice de ce droit ne vous exonère pas du paiement de vos cotisations.

Paiement des cotisations d'assurance de :

Type de paiement : Récurrent

Nom et adresse du titulaire du compte : _____

Désignation du compte à débiter :

IBAN : _____

BIC : _____

Désignation du créancier SEPA : Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR68 ZZZ4 4207 6
 APGIS - 12 Rue Massue - 94684 Vincennes CEDEX - FRANCE

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) du ou des titulaire(s) du compte à débiter : (Précédé de la mention « Lu et approuvé »)

Joindre obligatoirement à ce mandat un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), postal (RIP) ou Caisse d'épargne (RICE) précisant l'IBAN.

CADRE RESERVE A L'APGIS

Référence Unique du Mandat (RUM) : _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

