

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION
au Contrat collectif frais de santé surcomplémentaire à adhésion facultative
CONTRAT N°GP / CARAT / MAL SURCO

A retourner complété et signé à :

APGIS - service fichier CARREFOUR – 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex

PARTIE RÉSERVÉE AU SALARIÉ (cocher la case selon votre situation)

Vous êtes : nouvellement embauché(e) dans l'entreprise. Dans ce cas, votre adhésion prend effet à la même date que votre affiliation au Contrat socle.

déjà bénéficiaire du contrat socle. Dans ce cas, votre adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande par l'APGIS.

Numéro de Sécurité sociale : | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | Clé | ____ | ____ | Né(e) le :/...../.....

Nom de naissance : Nom usuel/marital :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : | ____ | ____ | ____ | ____ | Ville :

Email : @ Téléphone :

VOS AYANTS DROIT

Au titre de l'adhésion, l'APGIS prend en compte automatiquement les Ayants droit bénéficiant des Garanties du Contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire, appelé « Contrat socle » mis en place au sein de l'entreprise du groupe CARREFOUR et tels que définis à la Notice d'information. Il est précisé qu'ils bénéficient des mêmes Garanties que le salarié.

VOS GARANTIES

Je confirme mon adhésion et celle de mes Ayants droit aux **Garanties facultatives complémentaires aux Garanties obligatoires du « Contrat socle »**. J'ai bien noté que la cotisation mensuelle est à ma charge et je remplis le mandat de prélèvement SEPA joint au présent bulletin.

Les prestations ci-dessous s'entendent «**EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE CONTRAT SOCLE**», c'est à dire que les prestations complètent le remboursement effectué par le contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire.

Dans tous les cas les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Honoraires (consultations et actes)	Néant	+ 200 % BR
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires libres)
	Néant	+ 20 % BR
- Consultations et visites de généraliste	Néant	+ 70 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	Néant	+ 170 % BR
- Actes techniques médicaux	Néant	+ 170 % BR
- Actes d'imagerie médicale	Néant	+ 170 % BR

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

Abréviations :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-ACO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique

L'OPTAM et l'OPTAM-ACO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, rendez-vous sur <http://annuairesante.ameli.fr/>

➔ Tournez la page S.V.P

VOS COTISATIONS

Les cotisations sont appelées par l'APGIS, **mensuellement d'avance et par prélèvement automatique** et sont égales à :

Famille unique	+ 4,68 € / mois
----------------	-----------------

EFFETS ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Il est précisé que les pièces transmises pour l'adhésion du salarié assuré ainsi que celles de ses Ayants droit, au titre du Contrat socle, seront prises en compte par l'APGIS pour l'adhésion au Contrat surcomplémentaire.

Les Garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d'adhésion prévues dans la Notice d'information :

- à la même date que votre affiliation au Contrat socle si vous êtes nouvellement embauché(e) dans l'entreprise,
- ultérieurement, le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par l'APGIS de la demande d'adhésion.

Les Garanties du Contrat sont acquises aux Ayants droit à la même date que le salarié assuré, sous réserve de répondre à la définition d'Ayant droit à cette date et ultérieurement, le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par l'APGIS du justificatif de changement de situation de famille (exemples : mariage, naissance....).

Par dérogation à ce qui précède, l'affiliation de l'enfant est possible à sa date de naissance ou d'adoption, si celle-ci est déclarée à l'APGIS dans les **2 mois** suivant l'évènement.

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation quel qu'en soit le motif.

A l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'adhésion au Contrat, le Participant peut, à tout moment dénoncer son adhésion, sans frais ni pénalités, soit par lettre soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement, à l'adresse suivante :

- ⇒ résiliation-assure@apgis.com
ou
⇒ APGIS – TSA 10563 – 94685 Vincennes Cedex.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Institution en a reçu notification par le Participant.

Il est précisé que l'adhésion cesse également en cas de cessation des Garanties au titre du « Contrat socle » quel qu'en soit le motif ou de résiliation du Contrat surcomplémentaire à adhésion facultative.

La dénonciation de l'adhésion entraîne automatiquement la fin des Garanties des Ayants droit. Une nouvelle adhésion peut être demandée ultérieurement sous réserve d'un délai minimum de 12 mois à compter de la date de la dénonciation, sauf en cas de changement de situation de famille ou professionnelle. Dans ce cas, toute nouvelle dénonciation sera alors considérée définitive.

Pour plus d'informations concernant les conditions d'adhésion ou les Garanties du Contrat, Il convient de se reporter à la Notice d'information établie par l'APGIS

VOS ENGAGEMENTS ET DÉCLARATIONS

- **Je m'engage à régler les cotisations résultant de mon adhésion et celle de mes Ayants droit par prélèvement sur mon compte bancaire et telles que précisées sur mon échéancier qui sera transmis par l'APGIS.**
- **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'adhésion et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification à l'APGIS.**
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la Notice d'information du Contrat collectif frais de santé surcomplémentaire à adhésion facultative. Elle est notamment consultable sur votre « espace assuré » mis à disposition sur le site internet www.apgis.com.

Fait à.....
le/...../.....

POUR LE PARTICIPANT
SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

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 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 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.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

APGIS Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du

Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904. Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex



DOCUMENT à retourner dûment complété et signé par vos soins, à l'adresse suivante :
APGIS – Service Fichier CARREFOUR–12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

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 Créditeur 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 : (*Précédez de la mention « Lu et approuvé »*)

Joindre obligatoirement à ce mandat un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) précisant l'IBAN.

CADRE RESERVE A L'APGIS

Référence Unique du Mandat (RUM) : _____

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 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 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.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris.