

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

au Contrat collectif frais de santé surcomplémentaire à adhésion facultative

CONTRAT N°GP / CARAS / MAL SURCO

A retourner complété et signé à :
APGIS - Service fichier des individuels – Régime anciens salariés CARREFOUR
TSA 20303 94685 Vincennes Cedex

PARTIE RÉSERVÉE À L'ANCIEN SALARIÉ

Vous êtes : nouvellement ancien salarié de l'entreprise. Dans ce cas, votre adhésion prend effet à la même date que votre affiliation au « CONTRAT PLENITUDE »,
 déjà bénéficiaire du « CONTRAT PLENITUDE ». 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 PLENITUDE » anciens salariés du groupe CARREFOUR et tels que définis à la Notice d'information. Il est précisé qu'ils bénéficient des mêmes Garanties que l'ancien salarié.

VOS GARANTIES

Je confirme mon adhésion et celle de mes Ayants droit aux **Garanties facultatives complémentaires aux Garanties du « Contrat PLENITUDE »**. J'ai bien noté que la cotisation mensuelle est à ma charge.

Les Garanties sont exprimées **en complément des éventuels remboursements versés par le Régime Obligatoire et en complément des prestations versées au titre du « Contrat PLENITUDE »**. Dans tous les cas les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Honoraires (consultations et actes)	Néant	+ 200 % BR
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	Néant	+ 20 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	Néant	+ 70 % 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-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

L'OPTAM et l'OPTAM-CO 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-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

→ Tournez la page S.V.P

DOCUMENT à retourner dûment complété et signé par vos soins, à l'adresse suivante :
APGIS – Service Fichier CARREFOUR– TSA 20303 94685 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 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) 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 à : dpo@apgis.com ou à APGIS – cellule Protection des données personnelles – 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.