

ASSURANCES COLLECTIVES

PLAN SANTE SUR MESURE

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Entreprise contractante : Code intermédiaire

Nouvelle adhésion (N) / Modification (M) / Entrée de bénéficiaire (E) / Sortie de bénéficiaire (S) / Radiation (R)

N° de contrat : Date d'effet de l'opération

Garanties

CONTRAT SOCLE n°2014.1001 – Assurance collective et obligatoire :

Bénéficiaires : ADHERENTS
Tableau des garanties : cf. annexe 1
Garantie Assistance : « Service plus »

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F – Assurance collective et facultative :

Vous pouvez améliorer les garanties du contrat collectif et obligatoire en retenant :

- Extension du "SOCLE" aux ayants droit (cf. Stipulations particulières)
 Option 1 OU Option 2 *(l'option retenue s'applique à l'ensemble des membres à assurer)*

Les cotisations applicables par bénéficiaire à l'option retenue figurent sur la grille tarifaire jointe au présent bulletin et vous seront confirmées dans la lettre d'acceptation.

Stipulations particulières

Définition des ayants droit :

Le conjoint non divorcé ni séparé du salarié. Est assimilé au conjoint :

- La personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- Le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, etc...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de son concubin, à charge fiscale et / ou sociale :

- Jusqu'à 18 ans sans conditions ;
- Jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation= ou inscrits à l'Assurance chômage non indemnisés ;

Les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Adhérent	Adresse
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	
Nom*	Bâtiment
Nom de jeune fille*	Numéro et rue*
Prénom*	Lieu dit
Date et lieu de naissance*	Code postal*
Célibataire (C) / Marié (M) / Pacsé (P) / Concubin (K) / Veuf (V) / Divorcé (D) / Séparé (S)*	Localité*
Date d'entrée dans l'entreprise*	Adresse e-mail
Profession*	Téléphone
Cadre* <input type="checkbox"/> Non cadre* <input type="checkbox"/> Autre* (à préciser) <input type="text"/>	<small>(*) Mentions obligatoires</small>
	<small>Pour le bon suivi de votre adhésion, vous devez nous informer de tout changement d'adresse</small>

Membres à assurer : adhérent et ayants droit

Titre / Nom / Prénom	Date de naissance	Régime de base ⁽¹⁾	Etudiant ⁽²⁾
Adhérent <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N° Sécurité sociale <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Conjoint <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Enfant 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale <input type="text"/>		<input type="text"/>	



ASSURANCES COLLECTIVES
PLAN SANTE SUR MESURE
BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Enfant 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Enfant 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- (1) Régime de base : Général des salariés (GE) / Alsace-Moselle (LO) / TNS (IN) / Agricole Général (AG) / Agricole Alsace-Moselle (AL)
/ Régime étudiant (MN) / Autre régime de base (AU)
- (2) Si étudiant, cochez cette case

Mandats de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ACM IARD SA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ACM IARD SA .
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 le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Type de prélèvement	Récurrent : le mandat s'applique au recouvrement des sommes afférentes aux achats effectués au moyen de la Carte Avance Santé et, le cas échéant, aux cotisations afférentes au contrat et aux sommes perçues à tort au titre du contrat
Identifiant Créancier SEPA de ACM IARD	FR74ZZZ008087
Votre compte (à compléter)	IBAN FR <input type="text"/>
	BIC <input type="text"/>
Référence unique de mandat	communiquée ultérieurement dans la lettre d'acceptation

Déclaration de l'adhérent

L'adhérent déclare avoir pris connaissance des six pages du présent bulletin et avoir reçu :

- la notice d'information détaillée ainsi que les annexes des contrats SOCLE n°2014.1001 et SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F,
- le tableau des garanties
- la grille des tarifs applicable au contrat SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F,
- le règlement des prestations,
- les Conditions Générales d'Utilisation de la carte Avance Santé.

L'adhérent atteste de par sa signature, que les renseignements et réponses consignés sur ce document sont exacts, complets et sincères et qu'il n'a rien dissimulé. Il est rappelé que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

L'adhérent accepte que les données relatives à son adhésion soient mises à sa disposition via Internet par le biais d'un Espace assurances sécurisé. Il reconnaît avoir pris connaissance et accepté les conditions d'utilisation de cet Espace assurances.

Disposition spécifique au contrat SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F : l'adhérent reconnaît avoir été informé qu'il dispose, en cas de démarchage ou de vente à distance, d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la signature des présentes. Il demande expressément l'exécution de son contrat d'assurance à la date de prise d'effet choisie, le cas échéant sans attendre l'expiration du délai de renonciation de 14 jours.

Ce document vaut notification préalable de la présentation de l'ensemble des prélèvements opérés au titre du présent contrat. La signature de ce document vaut également acceptation du Mandat de prélèvement SEPA inclus dans ce document.

ASSURANCES COLLECTIVES
PLAN SANTE SUR MESURE
BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement destiné aux activités des entités de notre Groupe et à ses partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics. Les informations contenues dans le mandat de prélèvement ne sont pas utilisées à des fins autres que celles décrites dans le mandat. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition sur ces informations conformément à l'article "Informatique et liberté" de la notice d'information.

Fait à _____

en un exemplaire, le _____

L'adhérent
(Faire précéder la signature
de la mention manuscrite "Lu et
approuvé")



Annexe 1 : Tableau des garanties

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie.

Tableau des garanties – SPORT			
	Socle conventionnel	Option 1	Option 2
		Les garanties incluent les prestations du socle conventionnel	
TOUTES HOSPITALISATIONS (y compris maternité)			
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale			
Frais de Séjour	130% BR-RSS	130% BR-RSS	130% BR-RSS
Honoraires			
<input type="checkbox"/> Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
<input type="checkbox"/> Médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	120% BR-RSS	150% BR-RSS	225% BR-RSS (*)
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale			
Forfait 18€ et forfait journalier hospitalier	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Chambre particulière en secteur conventionné	-	100% frais réels	100% frais réels
Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours)	8€/ jour	8€/ jour	8€/ jour
Frais accompagnement bénéficiaires de -16 ans	20€/ jour	20€/ jour	20€/ jour
SOINS COURANTS – PHARMACIE			
Consultations et visites de médecins généralistes			
<input type="checkbox"/> Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	120% BR-RSS	150% BR-RSS	300% BR-RSS
<input type="checkbox"/> Médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	100% BR-RSS	130% BR-RSS	225% BR-RSS (*)
Consultations et visites de médecins spécialistes			
<input type="checkbox"/> Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
<input type="checkbox"/> Médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	120% BR-RSS	150% BR-RSS	225% BR-RSS (*)
Médicaments, forfait 18€ et actes de prévention	100% BR-RSS	100% BR-RSS	100% BR-RSS
Actes techniques et médicaux			
<input type="checkbox"/> Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
<input type="checkbox"/> Médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	120% BR-RSS	150% BR-RSS	225% BR-RSS (*)
Frais de radiologie			
<input type="checkbox"/> Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
<input type="checkbox"/> Médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	120% BR-RSS	150% BR-RSS	225% BR-RSS (*)
Analyses et auxiliaires médicaux	100% BR-RSS	150% BR-RSS	300% BR-RSS
Transports	100% BR-RSS	100% BR-RSS	100% BR-RSS
Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale	-	100% BR-RSS + 150€/an	100% BR-RSS + 300€/an
Appareillages orthopédiques et autres appareillages	130% BR-RSS	130% BR-RSS + 150€/an	150% BR-RSS + 300€/an
Prothèses auditives	130% BR-RSS	130% BR-RSS + 250€/an	150% BR-RSS + 400€/an
OPTIQUE MEDICALE (sur prescription médicale) (1)			
Adulte			
- Equipement 2 verres simples	130 Euros	300 Euros	345 Euros
- Equipement 2 verres complexes ou 2 verres très complexes	260 Euros	330 Euros	405 Euros
Enfant			
- Equipement 2 verres simples	130 Euros	210 Euros	270 Euros
- Equipement 2 verres complexes ou 2 verres très complexes	260 Euros	330 Euros	405 Euros
Lentilles, y compris produits d'entretien	TM + 70€/an	TM + 160€/an	TM + 210€/an
Chirurgie réfractive par œil	-	220€/an/œil	270€/an/œil
DENTAIRE			
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale			
Soins dentaires	160% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
Inlays / onlays	160% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
Prothèses dentaires	160% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
Orthodontie	160% BR-RSS	200% BR-RSS	300% BR-RSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale			
Prothèses dentaires et orthodontie	100 Euros/an	200 Euros/an	300 Euros/an
Implantologie	-	400 Euros/an	500 Euros/an
1 examen de dépistage parodontal	-	30 Euros/an	30 Euros/an
AUTRES PRESTATIONS			
Chiropraticien, étio-pathe, ostéopathe, acupuncteur	20 € / séance Max. 2 séances/an	40 € / séance Max. 2 séances/an	40 € / séance Max. 2 séances/an
Vaccin antigrippe (1 par an)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Médicaments, Vaccins et moyens contraceptifs non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	50% frais réels Max. 30€/an	50% frais réels Max. 100€/an
Forfait maternité ou adoption enfant - 5 ans	-	120 Euros	230 Euros
ASSISTANCE – Une gamme de services pratiques A votre service ...	Oui	Oui	Oui
TELSANTE – TELETRANSMISSION – AVANCE SANTE			

(1) Forfaits lunettes : un équipement pour deux années d'assurance, hors évolution de la vue, pour les adultes, un équipement par année d'assurance pour les enfants, dont 150 € au maximum au titre de la monture, ticket modérateur inclus.

(*) Limité à 200% BR-RSS à partir de 2017

Actes de prévention : Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale

IMPORTANT : Les forfaits sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année d'assurance suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais engagés et s'élèvent au minimum aux montants prévus à l'article D.911-7 du Code de la Sécurité sociale. Le contrat est considéré comme responsable (respect du cahier des charges définitif pour être éligible aux avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats responsables). Pour plus d'informations sur les garanties frais de santé (glossaire, exemples de remboursements,...) : www.unccam.fr

ACM IARD SA – Société anonyme au capital de 194 535 776 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG – N° TVA FR87352406748

Entreprises régies par le Code des Assurances – Siège social : 34 rue du Wacken STRASBOURG – Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX

Réf. 16.46.78-08/2015 – SUR MESURE

Annexe 2 : Cotisations du contrat assurance collective et facultative

Les garanties de ce Régime de Prévoyance sont accordées moyennant paiement, au titre de l'exercice **2016**, d'une cotisation mensuelle égale à :

REGIME GENERAL

GARANTIES DE BASE – EXTENSION DU SOCLE AUX AYANTS DROIT

Par personne âgée de moins de 21 ans	0,62% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	1,12% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 1

Par salarié	+0,26% PMSS
Par enfant de moins de 21 ans.....	+0,22% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	+0,26% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 2

Par salarié	+0,67% PMSS
Par enfant de moins de 21 ans.....	+0,41% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	+0,67% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

REGIME LOCAL

GARANTIES DE BASE – EXTENSION DU SOCLE AUX AYANTS DROIT

Par personne âgée de moins de 21 ans	0,40% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	0,73% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 1

Par salarié	+0,21% PMSS
Par enfant de moins de 21 ans.....	+0,19% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	+0,21% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 2

Par salarié	+0,63% PMSS
Par enfant de moins de 21 ans.....	+0,42% PMSS *
Par personne âgée de 21 ans et plus	+0,63% PMSS *

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Valeur au 01/01/2015

P.M.S.S. (Plafond mensuel de la Sécurité sociale) : 3.170,00 €
 P.A.S.S. (Plafond annuel de la Sécurité sociale) : 38.040,00 €

Annexe 3 : Règlement des prestations

Pour toute demande de remboursement, l'adhérent fera figurer son numéro d'adhésion sur les documents transmis.

Pour les soins remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans télétransmission directe des informations vers les ACM

L'assureur s'engage à prendre en charge les soins remboursés par la Sécurité Sociale au minimum à hauteur du ticket modérateur.

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à l'assureur. Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à l'assureur les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, notamment pour l'optique et le dentaire, l'adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'assureur peut demander la facture détaillée et, le cas échéant, la prescription médicale. A réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

Pour les autres frais remboursés ou non par la Sécurité sociale

Frais de chambre particulière, d'accompagnement et de télévision

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

Médicaments non homéopathiques, vaccins et moyens contraceptifs médicalement prescrits ou non, ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché

le règlement est effectué sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'officine française ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date d'achat ;
- le nom commercial du médicament, du vaccin ou du moyen contraceptif, avec son prix ;
- le montant total de la facture.

La participation prévue dans le tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de la Sécurité sociale s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques vendus en pharmacie d'officine en France. La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

Frais exposés en cas de cure thermique

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

Naissance, adoption

Versement, par enfant né viable, d'une allocation forfaitaire sur production d'un extrait de naissance. En cas d'adoption plénière d'un enfant âgé de moins de cinq ans, versement de l'allocation sur production de la copie du jugement.

Optique médicale sur prescription

Pour les remboursements optiques la date prise en compte est :

- celle retenue par le régime de base obligatoire pour son remboursement (monture, verres ou lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) ;
- la date d'achat lorsqu'il n'y a pas de remboursement d'un régime obligatoire, notamment pour les lentilles.

Les différents types de verres sont définis de la manière suivante :

- Verres simples : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ;
- Verres complexes :
 - verres unifocaux dont la sphère est hors zone -6,00/+6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ;
 - verres multifocaux ou progressifs ;
 - mélange de verres.
- Verres très complexes :
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques hors zone -8,00/+8,00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4,00/+4,00 dioptries.

Le règlement du forfait **lentilles** non prises en charge par la Sécurité sociale intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'opticien ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date de prescription ;
- la date de paiement ;
- la nature exacte de l'achat (lentilles, produit d'entretien) et les références Sécurité sociale des produits ;
- le montant total de la facture.

Médecines complémentaires

Prise en charge sur présentation de l'original de la facture acquittée détaillée avec mention de l'identification du praticien exerçant en France dans le cadre de la réglementation en vigueur, de l'adhérent, du ou des bénéficiaires, de la nature de l'acte, du nombre de séances, du prix de l'acte et du montant total perçu.