

BULLETIN D'ADHESION* SANTE

AYANTS DROIT DES SALARIES BOULANGERS

DATE D'EFFET : /..... /..... Nouvelle adhésion Avenant N° Contrat BOULANGER :

Nom du salarié : **Nom Boulangerie** :

	NOM - Prénom	Né(e) le	N° de Sécurité Sociale	N° organisme D'affiliation
Conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				
4 ^{ème} enfant				

ADRESSE

Rue :

Code Postal : Ville : Tél. : E mail :

GARANTIES

Formule souscrite : CCN Sur-complémentaire : Option 1 Option 2

Complémentaire santé antérieure : Oui (joindre les justificatifs) Non

COTISATIONS

Cotisation CCN :

Sur-Complémentaire Option 1:

Sur-Complémentaire Option 2:

TOTAL COTISATION :

Frais de dossier : Offert

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE mensuel trimestriel semestriel annuel

CHEQUE (annuel uniquement)

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des conditions générales.

* Je demande mon adhésion à l'association ABELA, ainsi qu'aux conventions présentées par AGEPE, et souscrites auprès de Groupama Gan vie pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association ABELA. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, référencée CG1 ayants droit de la boulangerie, de mes garanties jointes à cette demande d'adhésion, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion. Je, soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association ABELA (étant bien entendu que la nullité de l'Assurance ou la réduction des garanties pourra être invoquée s'il est fait preuve d'une fausse déclaration). J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurance obligatoires et d'avoir bénéficié d'un bilan conseil lors de l'entretien de vente.

Date : **Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »** :

Signature du correspondant :

Je déclare être informé que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique par l'Assureur, sans transfert de données vers l'étranger, pour les besoins de mon adhésion au contrat d'assurance « Abela Ayants droit Boulanger Santé » et de son exécution, et ne peuvent être communiquées qu'à cette fin à ses Réassureurs, à Groupama Gan vie et à leurs mandataires Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression des données me concernant, que je peux exercer en m'adressant à **Groupama Gan Vie** 4-8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Mandat de Prélèvement SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est un document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- ABELA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ABELA

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

Désignation du créancier

ABELA
SARL AGEP
27, rue Porte de la BUISSE – BP 26
38501 VOIRON CEDEX

Identifiant SEPA : FR45ZZZ423963

Informations du payeur

Identité :
Nom, Prénom / Raison sociale :
Adresse :
CP : I _ I _ I _ I _ I _ I
Ville :
Pays :

Compte à débiter :

Numéro international du compte bancaire (IBAN) : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I
Code international d'identification de votre banque (BIC) : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Identification du mandat

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services ABELA) :
Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :
Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi contacter ABELA au tél. : 04 76 67 92 15 ou sur www.abela.fr

Fait à :

Signature :

Le: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront pas utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivant de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'Abela pour toute information me concernant.

CCN 3117 - BOULANGERIE ARTISANALE

GARANTIES DU REGIME SUR-COMPLEMENTAIRE	OPTION 1	OPTION 2
Prestations hospitalières sauf chirurgie esthétique	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
Frais de séjour, salle d'opération	+ 50 % de la BR	+ 85 % de la BR
Honoraires : Acte de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	+ 50 % de la BR	+ 85 % de la BR
Chambre particulière (y compris maternité) (1)**	+ 20 euros par jour	+ 25 euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant à charge <16 ans)**	+ 10 euros par jour	Néant
Fécondation in vitro	+ 50 euros par jour	+ 100 euros par jour
Prestations médicales	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
Généralistes	+ 35 % de la BR	+ 35 % de la BR
Spécialistes	+ 35 % de la BR	+ 35 % de la BR
Actes de chirurgie et actes techniques	+ 35 % de la BR	+ 35 % de la BR
Dentaire	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
Prothèses dentaires remboursées par la SS	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR
Inlay simple, Onlay	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR
Inlay core et Inlay à clavettes	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	+ 75 % de la BR	+ 125 % de la BR
Orthodontie acceptée	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Orthodontie refusée par la SS**	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Parodontologie	Crédit annuel de : + 200 euros	Crédit annuel de : + 200 euros
Pose chirurgicale de l'implant	Crédit annuel de : + 100 euros	Crédit annuel de : + 200 euros
Optique	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
Verres unifocaux simples (2)	+ 15 euros par verre	+ 45 euros par verre
Verres unifocaux complexes(2)	+ 30 euros par verre	+ 50 euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples(2)	+ 30 euros par verre	+ 50 euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes(2)	+ 30 euros par verre	+ 35 euros par verre
Montures	+ 20 euros par verre	+ 40 euros par verre
Lentilles acceptées par la SS	+ 50 euros crédit annuel par bénéficiaire	+ 100 euros crédit annuel par bénéficiaire
Lentilles refusées par la SS ou jetables	+ 50 euros crédit annuel par bénéficiaire	+ 100 euros crédit annuel par bénéficiaire
Chirurgie Réfractive	+ 150 euros par oeil	+ 350 euros par oeil
	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire
Garanties complémentaires	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale - Forfait hébergement	+ 50 euros	+ 100 euros
Maternité	+ 50 euros	+ 100 euros
Actes hors nomenclatures	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base	Prestations complémentaires au régime conventionnel de base
PACK BIEN ETRE		
Osthéopathie,Chiropractie, acupuncture,diététique,Vaccin anti-grippe,psychologie,	+ 5 euros par consultation (maximum 4 consultations par an)	+ 10 euros par consultation (maximum 4 consultations par an)
Vaccins prescrits non remboursés, sevrage tabagique prescrit moyens contraceptifs prescrits		

TC=Tarif de Convention Sécurité Sociale BR = Base de remboursement

* En secteur non conventionné, les tarifs seront reconstitués sur la base du TC ou prix unitaire selon la nomenclature sécurité sociale des actes.

** Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité Sociale.

(1) limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale et à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence

ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

Détail poste OPTIQUE (2) :

Sont considérés comme relevant de corrections simples les verres définis ci-après:

Unifocaux= sphère allant de -6,00 à + 6,00 avec un cylindre inférieur ou égal à 4.

Multifocaux= sphère allant de -4,00 à + 4,00 sans astigmatisme ou sphère de -8,00à +8,00 et ce quelle que soit la puissance du cylindre

Les verres correspondant à d'autres corrections sont considérés comme complexes