

BULLETIN D'ADHESION SANTE

REGIME BASE ET SUR COMPLEMENTAIRE BOULANGERS T N S

DATE D'EFFET : /..... /..... Nouvelle adhésion Avenant

Nom Boulangerie :

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

Déductible Madelin :

COTISATIONS

Cotisation Unique :

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 AGEF, 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/TNS de la boulangerie, de mes garanties jointes à cette demande d'adhésion, en acceptant 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'ayant 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.

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

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