



CCN du Sport
Santé

Votre interlocuteur commercial _____

N° ORIAS (agent/courtage) Matricule (CPS) _____

Tél. _____ Tél. Portable _____ E-mail _____

Votre Centre de service Clients

Par courrier :

Groupe APICIL

38, rue François Peissel

BP 99

69646 Caluire et Cuire Cedex

Par internet via votre espace client : apicil.com/espace-particulier

Par téléphone : 04 72 27 72 72, du lundi au jeudi de 8h30 à 18h, vendredi et veille de jours fériés de 8h30 à 17h

Ce document comporte 4 parties :

1. le tableau des garanties qui vous permet de prendre connaissance des différents niveaux de couverture,
2. le mode d’emploi pour vous accompagner dans vos choix,
3. le Bulletin Individuel d’Affiliation BIA pour vous affilier au Régime obligatoire et opter pour un régime facultatif,
4. des exemples de remboursement pour vous permettre de mieux apprécier le niveau des garanties.

Paraphe Salarié(e) assuré(e)

1. Vos garanties



Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.

	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Hospitalisation - Médicale et chirurgicale			
Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	190 % BR	200 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	150 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
Lit d'accompagnement	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins médicaux courants			
Visites, consultations de généralistes (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	130 % BR
Visites, consultations de généralistes (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Visites, consultations de spécialistes (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Visites, consultations de spécialistes (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Pharmacie			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « majeur ou important »	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « modéré »			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « faible »			
Optique	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas d'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150 € pour la monture le cas échéant		
Réseau partenaire :			
Équipement avec 2 verres simples ⁽¹⁾	150 €	160 €	210 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	285 €	330 €	420 €
Équipement avec 1 verre simple ⁽¹⁾ et 1 verre complexe ⁽²⁾	230 €	240 €	320 €
Hors Réseau :			
Équipement avec 2 verres simples ⁽¹⁾	120 €	120 €	140 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽²⁾	220 €	220 €	250 €
Équipement avec 1 verre simple ⁽¹⁾ et 1 verre complexe ⁽²⁾	170 €	170 €	180 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Ticket modérateur + 70 €/an	Ticket modérateur +150 €/an	Ticket modérateur +200 €/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale			
Lentilles jetables			

(1) « Verre simple » : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

(2) « Verre complexe » : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

BR (Base de remboursement) : base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie.

Paraphe Salarié(e) assuré(e)



	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel + option R2	Régime Conventionnel + option R3
Dentaire			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays/Onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR	200 % BR	270 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Autre			
Prothèses auditives (Prise en charge par la Sécurité sociale)	130 % BR	160 % BR	220 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la Sécurité sociale)			
Ostéopathie	25 € / acte limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25 €/acte limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25 €/acte limité à 3 séances par an et par bénéficiaire

BR (Base de remboursement) : base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie.

2. Mode d'emploi

Vous complétez

- Le Bulletin Individuel d’Affiliation (BIA) à l’aide des indications ci-dessous.
- Datez et signez.

Vous joignez

- **Votre relevé d’identité bancaire à votre nom afin de permettre le règlement des prestations par virement automatique ; pour le prélèvement des cotisations du régime facultatif, vous pouvez joindre si vous le souhaitez un relevé d’identité bancaire différent à votre nom (merci de spécifier sur une feuille à joindre au BIA le compte pour les cotisations et le compte pour les prestations).**
- **la copie de votre attestation vitale et celle des membres de votre famille à assurer.**
- **avant la fin du mois de septembre qui suit votre date d’adhésion :**
 - Pour les enfants ayant leur propre immatriculation et jusqu’à la fin du trimestre civil de leur 28^e anniversaire, fournir une des pièces suivantes :
 - un certificat de scolarité ;
 - une copie du contrat d’apprentissage ;
 - une copie de l’attestation Sécurité sociale du Régime Général ou des Étudiants ;
 - l’attestation du Pôle emploi, lorsqu’ils sont à la recherche de leur premier emploi.
 - Pour les enfants titulaires de la carte d’invalidité prévue à l’article L 241-3 du Code de l’action sociale et des familles : fournir une copie de la carte d’invalidité.

Vous affiliez

Votre entreprise a adhéré à un contrat santé collectif CCN du Sport.

Ce contrat permet :

- d’une part à votre entreprise de choisir un régime de garanties obligatoires qui s’appliquent à la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez et dont **tout ou partie des cotisations est à sa charge ;**
- d’autre part de **compléter ces garanties des options facultatives** pour vous et les membres de votre famille à assurer.

Le présent document permet de recueillir l’ensemble des éléments qui vous concernent :

- il **matérialise votre affiliation** au régime obligatoire de votre entreprise ;
- il permet de demander votre adhésion aux facultatives le cas échéant ;
- sa réception par nos services de gestion déclenche **l’envoi dans les plus brefs délais de votre carte de « tiers payant ».**

Aidez-vous du tableau de garanties précédent pour réaliser vos choix d’options sur le BIA

Paraphe Salarié(e) assuré(e)

3. Demande Individuelle d’Affiliation CCN du Sport



N° d’adhésion d’entreprise _____

Date d’effet | | | | | | | |

Coordonnées de l’entreprise

Raison sociale _____

Établissement _____

N° SIRET | | | | | | | | | | | |

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____

Rés., Bât., Esc. , _____

Code postal | | | | | | Commune _____

Convention Collective : N° | 2 | 5 | 1 | 1 |

Garanties socle entreprise choisies par votre entreprise

Vous trouverez ci-dessous le récapitulatif de l’adhésion de votre entreprise au contrat « CCN du Sport » comportant les garanties obligatoires suivantes :

Reportez-vous en pages 2 et 3 pour prendre connaissance du détail des garanties.

La part salariale de la cotisation du contrat « CCN du Sport » sera prélevée sur votre fiche de paie.

Salarié(e) assuré(e) (à remplir obligatoirement)

Vous devez impérativement compléter cette partie « Salarié(e) assuré(e) » pour recevoir au plus vite votre carte de tiers payant. Si vous êtes déjà affilié et souhaitez modifier vos renforts⁽¹⁾, complétez uniquement vos nom, prénom et n° de Sécurité sociale.

(1) M. Mme Mlle Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____ Nationalité _____

Né(e) le | | | | | | | | à : Commune ou pays _____ N° Dépt | | | |

Situation de famille (1) : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage Pacsé(e)

Sexe : F M

Adresse : N° _____ Rue/Bd/Av _____

Rés., Bât., Esc. , _____

Code postal | | | | | | Commune _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. Portable _____ Tél. professionnel _____

E-mail _____

Date d’entrée dans l’entreprise | | | | | | | |

Votre statut (cochez la case correspondante) :

Depuis le | | | | | | | |

Affilié à l’AGIRC : Article 4 Article 4 bis Article 36

Non affilié à l’AGIRC : Employé Ouvrier Agent de maîtrise

Autre _____

(1) Reportez-vous à la Notice pour déterminer les conditions d’application de changement de renforts.

Paraphe Salarié(e) assuré(e)

Membres de la famille à assurer



Vous souhaitez que les membres de votre famille bénéficient également de la complémentaire santé CCN du sport [sur le Socle et le(s) renfort(s) choisi(s)]. Dans ce cas, complétez le tableau ci-dessous.

	Nom	Prénom	Date de naissance	Autre contrat santé en cours (oui ⁽²⁾ /non)	N° Sécurité sociale
Conjoint, PACS ou Concubin					_____
1 ^{er} enfant					_____
2 ^e enfant					_____
3 ^e enfant					_____
4 ^e enfant					_____
Ascendant à charge					_____

(2) Si oui, aucune télétransmission ne sera opérationnelle, vous devrez nous adresser vos factures et vos décomptes en vue des remboursements.

Remarque : au-delà de 4 enfants, merci de nous joindre la liste sur papier libre.

Choix des garanties facultatives

Votre situation	Reportez-vous au tableau ⁽³⁾
Régime obligatoire R1	Tableau A
Régime obligatoire R2 + R1	Tableau B
Régime obligatoire R3 + R1	Tableau C

(3) Un seul tableau est à remplir en fonction de votre situation.

Paraphe Salarié(e) assuré(e)

Salarié(e) assuré(e)



Nom _____

Prénom _____ N° d'adhésion de l'entreprise _____

 Tableau A**Cochez le montant correspondant au niveau de garanties choisi.**

Les cotisations sont déterminées en fonction du pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale en vigueur en 2018.

Elles sont révisables chaque année (Cf. notice d'information).

Vous avez la possibilité d'affilier vos ayants droit au régime obligatoire R1 choisi par votre entreprise.

Ou d'améliorer pour vous-même et vos ayants droit le niveau de garanties en choisissant les régimes facultatifs R2+R1 ou R3+R1. Le salarié et ses ayants droit doivent être sous le même régime.

Le choix du régime facultatif s'applique pour le salarié et ses ayants droit.

	Salarié(e)	Conjoint(e)	Enfant ⁽⁵⁾
Régime obligatoire R1	0,92 % ⁽⁴⁾	1,12 % <input type="checkbox"/>	0,62 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R2 + R1	0,29 % <input type="checkbox"/>	1,43 % <input type="checkbox"/>	0,79 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R3 + R1	0,46 % <input type="checkbox"/>	1,61 % <input type="checkbox"/>	0,91 % <input type="checkbox"/>

(4) La cotisation du salarié au régime obligatoire est prélevée sur sa fiche de paie. Votre entreprise vous informera de la partie de cotisation qu'elle prend à sa charge.

(5) Tarifs par enfant, gratuité à compter du 3^e enfant.

Le 5 de chaque mois, un prélèvement mensuel sera réalisé sur votre compte bancaire.

 Tableau B**Cochez le montant correspondant au niveau de garanties choisi.**

Les cotisations sont déterminées en fonction du pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale en vigueur en 2018.

Elles sont révisables chaque année (Cf. notice d'information).

Vous avez la possibilité d'affilier vos ayants droit au régime obligatoire R2+R1 choisi par votre entreprise.

Ou d'améliorer pour vous-même et vos ayants droit le niveau de garanties en choisissant le régime facultatif R3+R1. Le salarié et ses ayants droit doivent être sous le même régime.

Le choix du régime facultatif s'applique pour le salarié et ses ayants droit.

	Salarié(e)	Conjoint(e)	Enfant ⁽⁵⁾
Régime obligatoire R2 + R1	1,17 % (4)	1,39 % <input type="checkbox"/>	0,77 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R3 + R1	0,17 % <input type="checkbox"/>	1,57 % <input type="checkbox"/>	0,89 % <input type="checkbox"/>

(4) La cotisation du salarié au régime obligatoire est prélevée sur sa fiche de paie. Votre entreprise vous informera de la partie de cotisation qu'elle prend à sa charge.

(5) Tarifs par enfant, gratuité à compter du 3^e enfant.

Le 5 de chaque mois, un prélèvement mensuel sera réalisé sur votre compte bancaire.

 Tableau C**Cochez le montant correspondant au niveau de garanties choisi.**

Les cotisations sont déterminées en fonction du pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale en vigueur en 2018.

Elles sont révisables chaque année (Cf. notice d'information).

Vous avez la possibilité d'affilier vos ayants droit au régime obligatoire R3 choisi par votre entreprise.

	Salarié(e)	Conjoint(e)	Enfant ⁽⁵⁾
Régime obligatoire R3 + R1	1,32 % (4)	1,55 % <input type="checkbox"/>	0,87 % <input type="checkbox"/>

(4) La cotisation du salarié au régime obligatoire est prélevée sur sa fiche de paie. Votre entreprise vous informera de la partie de cotisation qu'elle prend à sa charge.

(5) Tarifs par enfant, gratuité à compter du 3^e enfant.

Le 5 de chaque mois, un prélèvement mensuel sera réalisé sur votre compte bancaire.

Paraphe Salarié(e) assuré(e)

Salarié(e) assuré(e)



Nom _____

Prénom _____ N° d'adhésion de l'entreprise _____

Signature (à remplir obligatoirement)

- Je confirme avoir choisi des garanties facultatives.
 Je confirme ne pas choisir de garanties facultatives.

Protection des données personnelles :

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement aux entreprises du Groupe Allianz et à votre intermédiaire en assurance. Mais aussi aux différents organismes et partenaires directement impliqués dans votre contrat.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription. Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation ainsi que de contacter le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit de nous écrire par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr, par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Vous pouvez vous aussi vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées du groupe Allianz « Oui » « Non »

Votre accord vaut pour les offres commerciales du groupe Allianz en France et ses partenaires pour les services, les produits d'assurance, bancaires et financiers qu'ils distribuent. Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects. Pour plus de détail reportez-vous aux documents contractuels notamment les dispositions générales, les fiches d'information et les sites internet d'Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

Fait à _____, le _____

Signature du salarié(e) assuré(e) précédée de la mention « lu et approuvé ».

Vous pouvez renoncer aux garanties facultatives que vous avez choisies pour vous et les membres de votre famille à assurer.

En application de l'article L. 112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance (ou demande d'adhésion) ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre type de renonciation :

« Je soussigné M., demeurant au, renonce aux garanties facultatives de l'adhésion n° souscrite par mon employeur auprès d'Allianz Vie conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

Date Signature »

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé à :

Groupe Apicil - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69646 Caluire et Cuire Cedex

Il n'est pas possible de renoncer au Régime obligatoire.

Réclamations

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients - Case courrier S1803 - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au Médiateur de l'assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

4. Exemples de remboursement au 1^{er} janvier 2018



Lorsqu'il est fait référence à la Sécurité sociale dans les exemples ci-dessous, il faut entendre le Régime Général de la Sécurité sociale.

Hospitalisation

Lors d'une hospitalisation de 5 jours, la chambre particulière dans un établissement conventionné vous a été facturée 61 € par jour, soit un coût total de 305 €.

		Régime R1	Régime R2	Régime R3
Coût 305 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €
	Prestation Allianz	0 €	150 €	200 €
	Reste à charge pour le patient	305 €	155 €	105 €

Soins courants

Une visite chez un médecin spécialiste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée vous a coûté 54 €. La Sécurité sociale vous a remboursé 15,10 € sur la base d'une visite à 23 €. C'est-à-dire 70 % de 23 € - 1 € (les 1 € étant votre participation forfaitaire obligatoire).

Votre reste à charge va varier de 20,50 € à 9 € selon le niveau de remboursement choisi.

		Régime R1	Régime R2	Régime R3
Coût 54 €	Remboursement de la Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Prestation Allianz	18,40 €	24,15 €	29,90 €
	Reste à charge pour le patient	20,50 €	14,75 €	9 €

Optique

Votre ophtalmologue vous prescrit une paire de lunettes avec des verres progressifs. Vous choisissez votre équipement (monture + verres complexes) chez votre opticien pour un coût total de 589 € réparti comme suit :

		Régime R1	Régime R2	Régime R3
Paire de lunettes 589 €	Remboursement de la Sécurité sociale	14,69 €	14,69 €	14,69 €
	Prestation Allianz	285 €	330 €	420 €
	Reste à charge pour le patient	289,31 €	244,31 €	154,31 €

Dentaire

Votre dentiste vous propose de réaliser une couronne sur une pré-molaire tout en conservant la racine. Le coût est de 490 €.

		Régime R1	Régime R2	Régime R3
Coût 490 €	Remboursement de la Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Prestation Allianz	112,88 €	139,75 €	215 €
	Reste à charge pour le patient	301,87 €	275 €	199,75 €

Médecine douce / Prévention

Vous avez besoin de consulter un ostéopathe. Le coût de la séance est de 55 € et vous avez réalisé 3 séances dans l'année.

		Régime R1	Régime R2	Régime R3
Coût 165 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €
	Prestation Allianz	25 €	50 €	75 €
	Reste à charge pour le patient	140 €	115 €	90 €