



## 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](http://apicil.com/espace-particulier)

Par téléphone : 04 72 27 72 72, du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00, vendredi et veille de jours fériés de 8h30 à 17h00.

Ce document comporte 3 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,

#### Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances

Société anonyme au capital de 643.054.425 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

340 234 962 RCS Nanterre

[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

#### A2VIP

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,  
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.

Siège social : 20 rue de la Baume – 75008 PARIS

## 1. VOS GARANTIES

Pour le régime conventionnel R1: Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.

Pour les régimes R2 et R3: Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale et y compris le régime conventionnel R1 dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.

### Hospitalisation (y compris maternité)

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
<b>Honoraires</b>			
– Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	190 % BR	200 % BR
– Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	150 % BR	180 % BR
– Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
<b>Forfait journalier hospitalier et psychiatrique</b>	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur
<b>Etablissements conventionnés</b>			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Etablissements non conventionnés</b>			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière limité à 30 jours	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Frais divers</b>			
– Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant de moins de 16 ans	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour

### Soins courants

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
<b>Honoraires médicaux</b>			
– <b>Généralistes : consultations, visites</b>			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	130 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	100 % BR
– <b>Spécialistes : consultations, visites</b>			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
– <b>Actes de spécialités</b>			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
– <b>Radiologie</b>			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
– Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
– Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR



	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
<b>Médicaments</b>			
– Médicaments (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>			
– Prothèses médicales, appareillage (hors auditif) pris en charge par la Sécurité sociale	130 % BR	160 % BR	220 % BR

### Aides auditives

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
<b>Equipements 100% Santé<sup>(1)</sup></b>			
– Equipement de classe I	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente.		
<b>Equipements hors 100% Santé</b>			
– Equipement de classe II	130 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	160 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	220 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.

### Optique

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
<p><b>La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,</li> <li>– par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,</li> <li>– par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</li> </ul> <p><b>La période de 2 ans applicable aux assurés de 16 ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.</b></p> <p><b>La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</b></p> <p><b>Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.</b></p> <p><b>Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.</b></p>			
<b>Equipements 100% Santé<sup>(1)</sup></b>			
– Verres de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		
– Monture de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) maximum 30 € y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		
<b>Equipements hors 100% Santé</b>			
<b>Réseau partenaire : montures et verres de classe B</b>			
– Pour un équipement : 2 verres simples + monture	<b>150 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>160 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>210 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	<b>230 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>240 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>320 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	<b>285 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>330 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>420 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture
<b>Hors Réseau : montures et verres de classe B</b>			
– Pour un équipement : 2 verres simples + monture	<b>120 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>120 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>140 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture
– Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	<b>170 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>170 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>180 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des Prix Limite de Vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1<sup>er</sup> janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
- Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	<b>220 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>220 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture	<b>250 €</b> dont 100 € au maximum pour la monture
<b>Equipements mixtes classes A et B</b>			
	<b>Prise en charge des verres</b>	<b>Prise en charge de la monture</b>	
- 2 Verres de classe A + monture de classe B	<b>100 %</b> des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	
- 2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	<b>100 %</b> des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente	
<b>Autres</b>			
- Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	<b>70 €</b> par an avec un remboursement complémentaire de <b>100 %</b> BR pour les lentilles prises en charge.	<b>150 €</b> par an avec un remboursement complémentaire de <b>100 %</b> BR pour les lentilles prises en charge.	<b>200 €</b> par an avec un remboursement complémentaire de <b>100 %</b> BR pour les lentilles prises en charge.

**Dentaire**

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
<b>Soins et prothèses 100% Santé<sup>(1)</sup></b>			
- Equipement 100% Santé	Frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)		
<b>Soins</b>			
- Soins dentaires	<b>100 %</b> BR	<b>100 %</b> BR	<b>100 %</b> BR
- Inlays – Onlays	<b>160 %</b> BR	<b>200 %</b> BR	<b>200 %</b> BR
<b>Prothèses dentaires</b>			
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	<b>175 %</b> BR	<b>200 %</b> BR	<b>270 %</b> BR
<b>Traitements d'orthodontie</b>			
- Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	<b>160 %</b> BR	<b>200 %</b> BR	<b>270 %</b> BR

**Actes non pris en charge par la Sécurité sociale**

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
- Ostéopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	<b>25 €</b> par séance limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	<b>25 €</b> par séance limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	<b>25 €</b> par séance limité à 3 séances par an et par bénéficiaire

**DÉFINITIONS**• « **100% Santé** » :

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

• **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** :

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• **PLV** :

**Prix Limite de Vente** des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

• **Honoraires limites de Facturation** :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des Prix Limite de Vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1<sup>er</sup> janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



• **BR (Base de remboursement) :**

Base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie.

• **Verres simples :**

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,

verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à

+ 4,00 dioptries,

verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

• **Verres de correction complexe :**

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

• **Verres de correction très complexe :**

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.



## 2. MODE D'EMPLOI

### Vous complétez

- Le Bulletin Individuel d’Affiliation (BIA) ci-joint à l’aide des indications ci-dessous.
- Dater et signer.

### Vous joignez

- **Votre Relevé d’Identité Bancaire (RIB) 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<sup>e</sup> 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 L241-3 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.**

### 3. DEMANDE INDIVIDUELLE D’AFFILIATION CCN DU SPORT

N° d’adhésion de l’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 OBLIGATOIRES CHOISIES PAR VOTRE ENTREPRISE

Vous trouverez ci-dessous le choix de l’adhésion de votre entreprise au contrat « CCN du Sport » comportant les garanties obligatoires suivantes (cochez la case correspondante) :

Régime conventionnel R1  Régime R2  Régime R3

Reportez-vous en pages 2, 3 et 4 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<sup>(1)</sup>, complétez uniquement vos nom, prénom et n° de Sécurité sociale.**

<sup>(2)</sup>  M.  Mme  Mlle Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

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

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | |

Situation de famille <sup>(2)</sup> :  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.

(2) Cocher la (les) case(s) utile(s).

**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 <sup>(1)</sup> /NON)	N° SÉCURITÉ SOCIALE
Conjoint, PACS ou Concubin					_____
1 <sup>er</sup> enfant					_____
2 <sup>e</sup> enfant					_____
3 <sup>e</sup> enfant					_____
4 <sup>e</sup> enfant					_____
Ascendant à charge					_____

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

**GARANTIES FACULTATIVES CHOISIES PAR LE SALARIÉ**

Vous avez la possibilité de renforcer les garanties pour vous et les membres de votre famille à assurer :

RÉGIME OBLIGATOIRE CHOISI PAR VOTRE ENTREPRISE	TABLEAU À COMPLÉTER AFIN DE CHOISIR VOS GARANTIES FACULTATIVES <sup>(2)</sup>
Régime obligatoire R1	Tableau A
Régime obligatoire R2	Tableau B
Régime obligatoire R3	Tableau C

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

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

**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 2020.

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

Vous adhérez obligatoirement au régime conventionnel R1.

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

Vous pouvez opter pour vous et vos ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime R2 ou R3 ; dans ce cas, les garanties du régime facultatif (R2 ou R3) choisi se substituent aux garanties du régime conventionnel R1.

	SALARIÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANT <sup>(2)</sup>
Régime obligatoire R1	0,59 % <sup>(1)</sup>	0,73 % <input type="checkbox"/>	0,40 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R2	0,20 % <input type="checkbox"/>	0,95 % <input type="checkbox"/>	0,52 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R3	0,35 % <input type="checkbox"/>	1,10 % <input type="checkbox"/>	0,62 % <input type="checkbox"/>

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

Le taux de cotisation du régime facultatif (R2 ou R3) :

- pour le salarié : s'ajoute à celui du régime obligatoire R1,
- pour les ayants-droit : inclut celui du régime obligatoire R1.

 **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 2020.

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

Vous adhérez obligatoirement au régime obligatoire R2.

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

Vous pouvez opter pour vous et vos ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime R3 ; dans ce cas, les garanties du régime facultatif (R3) choisi se substituent aux garanties du régime obligatoire R2.

	SALARIÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANT <sup>(2)</sup>
Régime obligatoire R2	0,77 % <sup>(1)</sup>	0,92 % <input type="checkbox"/>	0,50 % <input type="checkbox"/>
Régime facultatif R3	0,15 % <input type="checkbox"/>	1,07 % <input type="checkbox"/>	0,60 % <input type="checkbox"/>

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

Le taux de cotisation du régime facultatif R3 :

- pour le salarié : s'ajoute à celui du régime obligatoire R2,
- pour les ayants-droit : inclut celui du régime obligatoire R2.

 **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 2020.

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

Vous adhérez obligatoirement au régime conventionnel R3.

Vous avez la possibilité d'affilier vos ayants droit au régime obligatoire R3 choisi par votre entreprise moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

	SALARIÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANT <sup>(2)</sup>
Régime obligatoire R3	0,89 % <sup>(1)</sup>	1,05 % <input type="checkbox"/>	0,59 % <input type="checkbox"/>

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

(1) 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.

(2) Tarifs par enfant, gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant.



## SALARIÉ(E) ASSURÉ(E)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

N° d'adhésion de l'entreprise \_\_\_\_\_



## LA PROTECTION DE VOS 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 également 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 dispositions 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 dossier. Au terme de celui-ci, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur rectification, portabilité, effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) 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](mailto: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 également 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 détails, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et, de manière générale, 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.

### Renonciation des garanties facultatives

Vous pouvez renoncer aux garanties facultatives que vous avez choisies pour vous et les membres de votre famille à assurer au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Cette modification prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Toute nouvelle demande de souscription à des garanties facultatives ne peut intervenir au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

### 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 L112-9 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 L112-9 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.

**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](mailto: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 :

**LMA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09** ou <https://www.mediation-assurance.org>

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

## SIGNATURE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je confirme avoir choisi des garanties facultatives.

Je confirme ne pas choisir de garanties facultatives.

Fait à \_\_\_\_\_ le | | | | | | | | | |

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