

**Kit d'affiliation Allianz Composio Entreprise
Contrat Socle Santé
Contrat Renforts Santé**

Votre interlocuteur commercial :
BOU FREDERIQUE

N° matricule : 7071891

Votre Centre de Service Clients :

Allianz - Santé Prévoyance Collectives - TSA 41008 - 67018 Strasbourg - Tél : 0 980 981 982 - Fax : 01 30 68 77 56 - Courriel : collspr@allianz.fr.

Ce document comporte 5 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. la Demande Individuelle d'Affiliation pour vous affilier au contrat obligatoire Socle Santé.
4. la Demande d'Adhésion au contrat facultatif Renforts Santé souscrit par l'ADPS auprès d'Allianz.
5. des exemples de remboursement pour vous permettre de mieux apprécier le niveau des garanties

Allianz Vie
S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Nanterre
N° TVA : FR88 340 234 962
www.allianz.fr

Allianz IARD
S.A. au capital de 991.967.200 euros
542 110 291 RCS Nanterre
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX



N° d'adhésion de l'entreprise : 32062CA000

1. Vos garanties Allianz Composio Entreprise

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou selon le ticket modérateur(TM) ou en euros, s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé.

Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

| Hospitalisation (y compris Maternité) | | Socle | Renforts | | |
|--|-----|------------|------------|-----------|------------|
| | | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie | (1) | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie | (1) | 120% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Forfait hospitalier | (2) | 100% FR | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Transport du malade | | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 335% BR |
| Frais d'accompagnant par jour | (3) | 1,50% PMSS | 2% PMSS | 2,5% PMSS | 3% PMSS |
| Frais de séjour secteur conventionné | | 100% FR | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Chambre particulière par jour secteur conventionné | | 3% PMSS | 4% PMSS | 5% PMSS | 6% PMSS |
| Frais de séjour secteur non conventionné | | 100% BR | 150% BR | 200% BR | 300% BR |
| Chambre particulière par jour secteur non conventionné | | 3% PMSS | 3,50% PMSS | 4% PMSS | 4,50% PMSS |
| Maternité | | 5% PMSS | 5% PMSS | 5% PMSS | 5% PMSS |

| Soins courants - Pharmacie | | Socle | Renforts | | |
|--|-----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Consultations, visites généralistes | (1) | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Consultations, visites spécialistes | (1) | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux | (1) | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Radiologie | (1) | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Consultations, visites généralistes conventionnés ou non conventionnés | (1) | 130% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Consultations, visites spécialistes conventionnés ou non conventionnés | (1) | 130% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux | (1) | 130% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Radiologie | (1) | 130% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Auxiliaires médicaux, Analyses | | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |
| Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale | | TM | TM | TM | TM |
| Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire | | 5% PMSS + TM | 7% PMSS + TM | 9% PMSS + TM | 11% PMSS + TM |
| Prothèse auditive y compris l'entretien, par an et par oreille | (5) | 450 € Euros + TM | 580 € Euros + TM | 710 € Euros + TM | 760 € Euros + TM |
| Bonus Santéclair sur la prothèse auditive | | 140 € FORFAIT | 140 € FORFAIT | 140 € FORFAIT | 140 € FORFAIT |
| Autre prothèse médicale, appareillage | | 200% BR | 250% BR | 300% BR | 400% BR |

Allianz Vie
S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Nanterre
N° TVA : FR88 340 234 962
www.allianz.fr

Allianz IARD
S.A. au capital de 991.967.200 euros
542 110 291 RCS Nanterre
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX



N° d'adhésion de l'entreprise : 32062CA000

| Optique | | Socle | Renforts | | |
|---|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Monture + 2 verres simples | (4) | 400 € FORFAIT | 410 € FORFAIT | 410 € FORFAIT | 410 € FORFAIT |
| Monture + 2 verres complexes | (4) | 600 € FORFAIT | 675 € FORFAIT | 690 € FORFAIT | 690 € FORFAIT |
| Monture + 2 verres très complexes | (4) | 700 € FORFAIT | 775 € FORFAIT | 790 € FORFAIT | 790 € FORFAIT |
| Bonus Santéclair sur les verres | | 70 € FORFAIT | 70 € FORFAIT | 70 € FORFAIT | 70 € FORFAIT |
| Lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la Sécurité sociale par an par bénéficiaire + produits | (6) | 8% PMSS | 10% PMSS | 11% PMSS | 11% PMSS |
| Chirurgie réfractive sans limite d'âge et implant oculaire, par oeil et par an. | | 600 € FORFAIT | 660 € FORFAIT | 660 € FORFAIT | 660 € FORFAIT |

| Dentaire | | Socle | Renforts | | |
|--|--|----------|----------|----------|----------|
| | | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Prothèses dentaires (Couronne et inter de bridge) prises en charge par la Sécurité sociale - Dents du sourire : (Incisives, canines, pré-molaires) | | 300% BR | 350% BR | 400% BR | 500% BR |
| Prothèses dentaires (Couronne et inter de bridge) prises en charge par la Sécurité sociale - Autres dents | | 300% BR | 350% BR | 400% BR | 455% BR |
| Soins, Inlay / onlay et autres actes de prothèse dentaire pris en charge par la Sécurité sociale | | 300% BR | 350% BR | 400% BR | 500% BR |
| Bonus Santéclair sur Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale | | 75% BR | 75% BR | 75% BR | 75% BR |
| Dents et Couronnes provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire | | 5% PMSS | 5% PMSS | 5% PMSS | 5% PMSS |
| Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale | | 250% BR | 300% BR | 350% BR | 450% BR |
| Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire | | 5% PMSS | 7% PMSS | 9% PMSS | 11% PMSS |
| Implantologie (Pilier + implant), par an et par bénéficiaire | | 16% PMSS | 20% PMSS | 24% PMSS | 28% PMSS |
| Parodontologie/Parodontie, par an et par bénéficiaire | | 5% PMSS | 9% PMSS | 13% PMSS | 17% PMSS |

| Médecine douce / Prévention | | Socle | Renforts | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | | 100% FR | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, étioopathie - Diététiciens - Psychologue, Psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologie, par an et par bénéficiaire | | 150 € FORFAIT | 200 € FORFAIT | 250 € FORFAIT | 300 € FORFAIT |
| Médicaments prescrits, y compris le sevrage tabagique, contraception féminine, anneaux et patchs contraceptifs, non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire | | 150 € FORFAIT | 200 € FORFAIT | 250 € FORFAIT | 300 € FORFAIT |
| Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire | | 150 € FORFAIT | 200 € FORFAIT | 250 € FORFAIT | 300 € FORFAIT |



| Participation / Actes de Prévention / Fonds social | Socle | Renforts | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Participation forfaitaire de 18 Euros pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 Euros | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Les actes de prévention (en application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale) prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du ticket modérateur. | Tous les actes | Tous les actes | Tous les actes | Tous les actes |
| Action sociale de la branche - Solidarité - Prévention santé : Financement au fonds social de 2% de la cotisation totale | Inclus | Inclus | Inclus | Inclus |
| Par dérogation aux dispositions de l'article 13.2 prévues dans la notice d'information, la durée de maintien des garanties est celle prévue dans l'accord de branche dont dépend l'entreprise. | Néant | Néant | Néant | Néant |

| Services | Socle | Renforts | | |
|--|--------|----------|--------|--------|
| | | Niv 1 | Niv 2 | Niv 3 |
| Tiers payant étendu | Inclus | Inclus | Inclus | Inclus |
| Services associés à la plate forme santé | Inclus | Inclus | Inclus | Inclus |
| Assistance | Inclus | Inclus | Inclus | Inclus |
| Espace client | Inclus | Inclus | Inclus | Inclus |

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO).

(2) Le forfait hospitalisation est versé sans limitation de durée.

(3) Sont pris en charge au titre de ce poste les frais engagés par le bénéficiaire pour le lit d'accompagnant et les repas pris au sein de l'hôpital ou de la clinique pour un bénéficiaire désigné au contrat.

(4) Le remboursement des montures ne peut dépasser 150 Euros et vient en déduction des plafonds des garanties. Cette garantie optique s'applique, une fois tous les 2 ans dans la limite d'un équipement tous les deux ans à compter de l'achat, aux équipements composés d'une monture et de deux verres. Sauf pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, dans ces deux cas, elle s'applique chaque année.

(5) Dans la limite de deux prothèses par an maximum

(6) TM au delà du forfait pour les lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale

Le niveau de garantie indiqué pour les Renforts Santé accessibles inclut le niveau de garantie du Socle Santé.

Le contrat permet à vos salariés de bénéficier du mécanisme de tiers payant. Sous réserve que le praticien accepte de le pratiquer, ils sont dispensés de l'avance des frais sur la part complémentaire de leurs dépenses de santé.

Nous allons remettre à vos salariés une attestation de tiers payant qui précise pour chaque spécialité médicale la part pouvant faire l'objet d'une dispense d'avance de frais. Ils doivent systématiquement la présenter au praticien accompagnée de leur carte Vitale.



2. Mode d'emploi

Complétez

A l'aide des indications ci-dessous :

- ✓ La Demande Individuelle d'Affiliation au paragraphe 3.
- ✓ La demande d'Adhésion au paragraphe 4 si vous souhaitez compléter les garanties du socle obligatoire.
- ✓ Datez et signez.

Joignez

- ✓ votre relevé d'identité bancaire à votre nom afin de permettre le règlement des prestations par virement automatique ; pour le prélèvement des cotisations de votre adhésion au contrat Renforts Santé, 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 kit d'affiliation 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 28e 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.

Composez

Votre entreprise a adhéré à un contrat santé collectif Socle Santé.

Ce contrat permet :

- ✓ d'une part à votre entreprise de choisir un ensemble de garanties obligatoires appelé «Socle» qui s'applique 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 par votre adhésion au contrat Renforts Santé 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 contrat obligatoire de votre entreprise,
- ✓ il permet de demander votre adhésion au contrat Renforts Santé,
- ✓ sa réception par nos services de gestion déclenche l'envoi dans les plus brefs délais de votre carte de « tiers payant ».

L'adhésion au contrat Renforts Santé est valable pour vous même et le cas échéant pour les membres de votre famille à assurer, son coût est à votre charge.

Le contrat Socle Santé est adaptable selon :

- ✓ 5 modules indépendants : hospitalisation, soins courants, optique, dentaire et médecine douce / prévention.
- ✓ Trois niveaux de garanties renforts par module.

Aidez-vous du tableau de garanties précédent pour réaliser vos choix de renforts.



3. Demande Individuelle d’Affiliation Contrat Socle Santé

Contrat collectif N°: 80001 souscrit par ADPS auprès d’Allianz Vie

Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1er juillet 1901,
Siège social : Tour Neptune – CC 0804 – 20 place de Seine – La Défense 1 – 92086 Paris La Défense cedex.

Votre entreprise a adhéré à ce contrat sous le N° : 32062CA000

Date d’effet du contrat Socle Santé : 01/01/2019

La catégorie de personnel assuré : La totalité des membres de votre personnel «Ensemble du personnel».

La convention collective : 1486-CCN applicable au personnel des bureaux d’études techniques, des cabinets d’ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (BET, SYNTEC).

Coordonnées de l’entreprise

Raison sociale : ESCALE CREATION
N° Siret : 48012741400013
Adresse : 7 rue Robert Reynier
Code postal : 69190 Ville : ST FONTS

Etablissement : ESCALE CREATION

Garanties Socle Santé choisies par votre Entreprise

Le récapitulatif des garanties obligatoires souscrites par votre entreprise dans le cadre du contrat Socle Santé sont décrites dans le tableau de garanties au niveau Socle.

Reportez-vous en page 2 pour prendre connaissance du détail des garanties.

Vous êtes obligatoirement affilié au contrat Socle Santé de votre entreprise, ainsi la part salariale de la cotisation du Socle Santé sera prélevée sur votre fiche de paie.



Salarié assuré

Vous devez impérativement compléter cette partie « salarié assuré » pour recevoir au plus vite votre carte de tiers payant. Si vous êtes déjà affilié et souhaitez modifier votre adhésion au contrat Renforts Santé*, complétez uniquement vos nom, prénom et n° de sécurité sociale.

A remplir
obligatoirement

N° de Sécurité sociale _____
 Nom _____ Prénom _____
 Nom de jeune fille _____
 Né(e) le ___ / ___ / _____ Sexe : F M Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) PACS Concubin
 Adresse _____

 Code postal _____ Ville _____
 Adresse mail _____ @ _____
 Téléphone fixe _____ portable _____ professionnel _____
 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 _____

*Reportez-vous à la Notice pour déterminer les conditions d'application de changement de renforts

Membres de la famille à assurer

Vous souhaitez que les membres de votre famille bénéficient également de la couverture santé Allianz Composio Entreprise (sur le contrat Socle Santé et le contrat Renforts Santé). Dans ce cas, complétez le tableau ci-dessous.

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

* Si oui, aucune téléransmission 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.



4. Demande d'Adhésion Contrat Renforts Santé

Contrat collectif N°: 80002 souscrit par ADPS auprès d'Allianz Vie

Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1er juillet 1901,
Siège social : Tour Neptune – CC 0804 – 20 place de Seine – La Défense 1 – 92086 Paris La Défense cedex.

Je demande à adhérer :

- à l'association ADPS et reconnais devoir m'acquitter d'une cotisation annuelle de 2 €.
- et, au contrat Renforts Santé.

Cette cotisation annuelle ADPS peut être révisée par l'association conformément à ses statuts et sera prélevée automatiquement avec la première cotisation mensuelle du contrat Renforts Santé.

La date d'effet de votre adhésion sera mentionnée sur votre certificat « Votre Couverture Allianz Composio Entreprise ».

Si vous adhérez au contrat Renforts Santé dans les 2 mois suivants votre affiliation au contrat Socle Santé, cette date d'effet des Renforts correspondra à celle de votre affiliation au Socle.

Après ce délai de 2 mois vos garanties Renforts prendront effet le 1er jour du mois suivant la réception de la présente demande d'adhésion au contrat Renforts Santé.

| Votre situation | Reportez-vous au tableau* |
|--|---------------------------|
| Vous souhaitez rester le seul assuré au contrat | Tableau A |
| Vous souhaitez assurer au moins un membre de votre famille aux mêmes conditions que les vôtres | Tableau B |

* Un seul tableau est à remplir en fonction de votre situation.

Allianz Vie
S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Nanterre
N° TVA : FR88 340 234 962
www.allianz.fr

Allianz IARD
S.A. au capital de 991.967.200 euros
542 110 291 RCS Nanterre
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX



N° d'adhésion de l'entreprise : 32062CA000

Salarié assuré

Nom _____ Prénom _____

Tableau A : vous êtes le seul assuré

Les cotisations annuelles sont déterminées en fonction du pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur en 2018.
Elles sont révisables chaque année (Cf. notice d'information).

Cochez le montant en euros correspondant au niveau de garanties choisi

Pour une meilleure lisibilité, les cotisations sont exprimées ci-dessous en montant mensuel pour chacun des renforts.

| | Renforts accessibles | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Hospitalisation (y compris Maternité) | Renfort 1 + 3,31 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 4,64 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 5,30 € <input type="checkbox"/> |
| Soins courants - Pharmacie | Renfort 1 + 8,61 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 10,60 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 14,24 € <input type="checkbox"/> |
| Optique | Renfort 1 + 8,61 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 8,61 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 8,61 € <input type="checkbox"/> |
| Dentaire | Renfort 1 + 13,58 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 20,53 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 26,82 € <input type="checkbox"/> |
| Médecine douce / Prévention | Renfort 1 + 1,99 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 2,98 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 4,30 € <input type="checkbox"/> |

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

Vous bénéficierez d'une réduction tarifaire sur le prix des renforts accessibles, de :

- ✓ 3% si vous optez pour 2 renforts,
- ✓ 6% si vous optez pour 3 renforts,
- ✓ 10% si vous optez pour 4 renforts ou plus.

Votre avis d'échéance annuel en tiendra compte.

Les montants en euros affichés sont valables pour une adhésion jusqu'au 31 décembre 2018.



Salarié assuré

Nom _____ Prénom _____

Tableau B : vous êtes assuré avec au moins un membre de votre famille

Les cotisations annuelles sont déterminées en fonction du pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur en 2018.
Elles sont révisables chaque année (Cf. notice d'information).

Cochez le montant en euros correspondant au niveau de garanties choisi

Pour une meilleure lisibilité, les cotisations sont exprimées ci-dessous en montant mensuel pour chacun des renforts.

| | Renforts accessibles | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Hospitalisation (y compris Maternité) | Renfort 1 + 6,95 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 9,27 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 11,26 € <input type="checkbox"/> |
| Soins courants - Pharmacie | Renfort 1 + 17,88 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 22,51 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 30,79 € <input type="checkbox"/> |
| Optique | Renfort 1 + 15,56 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 15,89 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 15,89 € <input type="checkbox"/> |
| Dentaire | Renfort 1 + 24,50 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 36,75 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 49 € <input type="checkbox"/> |
| Médecine douce / Prévention | Renfort 1 + 4,30 € <input type="checkbox"/> | Renfort 2 + 6,62 € <input type="checkbox"/> | Renfort 3 + 9,27 € <input type="checkbox"/> |

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

Vous bénéficierez d'une réduction tarifaire de :

- ✓ 3% si vous optez pour 2 renforts,
- ✓ 6% si vous optez pour 3 renforts,
- ✓ 10% si vous optez pour 4 renforts ou plus.

Votre avis d'échéance annuel en tiendra compte.

Les montants en euros affichés sont valables pour une adhésion jusqu'au 31 décembre 2018.



Salarié assuré

Nom _____ Prénom _____

Signature**A remplir
obligatoirement**

- Je confirme adhérer au contrat Renforts Santé ;
 Je confirme ne pas adhérer au contrat Renforts Santé.

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 en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.

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. Vous pouvez également prendre contact avec 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 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 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.

Service e-courrier

En communiquant à l'Assureur, lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, votre adresse de messagerie électronique, vous avez été :

- ✓ informé que vous bénéficiez du Service e-courrier dont les modalités sont décrites dans la Notice Allianz Compositio Entreprise,
- ✓ informé qu'elles seront utilisées par l'Assureur pour vous communiquer des courriers de gestion ou d'informations afférents à votre adhésion.

Vous pouvez renoncer à ce Service à tout moment selon les conditions et modalités figurant à la Notice d'information.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du document (référence COM19891) comprenant :

- ✓ La Notice d'information du contrat Socle Santé.
- ✓ La Notice d'information du contrat Renforts Santé.
- ✓ Le tableau de garanties de l'offre Allianz Compositio Entreprise.

A....., le 19/10/2018.

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



✓ Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat Renforts Santé que vous avez choisis 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.

En application de l'article L. 112-2-1 du code des assurances, vous disposez également d'une faculté de renonciation si vous adhérez à distance au contrat Renforts Santé.

Dans les deux cas, vous pouvez utiliser le modèle de lettre type de renonciation suivant :

« Je soussigné M _____, demeurant au _____, renonce à mon adhésion au contrat Renforts Santé n° _____ souscrit par l'ADPS auprès d'Allianz Vie.
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 »

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à :

Allianz
Direction Opérations Collectives
TSA 41008 - 67018 Strasbourg cedex
Tel : 0 980 981 982
Mail : collspr@allianz.fr

Il n'est pas possible de renoncer aux garanties du Socle Santé.

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 BS - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.
Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Allianz Vie

S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Nanterre
N° TVA : FR88 340 234 962
www.allianz.fr

N° d'adhésion de l'entreprise : 32062CA000

Allianz IARD

S.A. au capital de 991.967.200 euros
542 110 291 RCS Nanterre
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances

Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX



5. Exemples de remboursement au 1er 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 €.

| Barème de la garantie | | - | 2,5% PMSS | 4% PMSS | 5% PMSS | 6% PMSS | 8% PMSS | 10% PMSS |
|-----------------------|--------------------------------------|-------|-----------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Coût 305 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € |
| | Prestation Assureur | 0 € | 305 € | 305 € | 305 € | 305 € | 305 € | 305 € |
| | Reste à charge pour le patient | 305 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € |

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Soins courants

Dans le parcours de soins coordonnés, une visite chez un médecin spécialiste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée coûte 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 32 € à 1 € selon le niveau de remboursement choisi.

| Barème de la garantie | | 30% BR | 80% BR | 130% BR | 145% BR | 350% BR | 450% BR | 550% BR |
|-----------------------|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Coût 54 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 15,10 € | 15,10 € | 15,10 € | 15,10 € | 15,10 € | 15,10 € | 15,10 € |
| | Prestation Assureur | 6,90 € | 18,40 € | 29,90 € | 33,35 € | 37,90 € | 37,90 € | 37,90 € |
| | Reste à charge pour le patient | 32 € | 20,50 € | 9 € | 5,55 € | 1 € | 1 € | 1 € |

Cette même visite chez un médecin de secteur 2 ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée vous permet d'être mieux remboursé. La base prise en compte est de 25 € au lieu de 23 € (exemple ci-dessous).

| Barème de la garantie | | 30% BR | 100% BR | 150% BR | 200% BR | 350% BR | 450% BR | 550% BR |
|-----------------------|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Coût 54 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 16,50 € | 16,50 € | 16,50 € | 16,50 € | 16,50 € | 16,50 € | 16,50 € |
| | Prestation Assureur | 7,50 € | 25 € | 36,50 € | 36,50 € | 36,50 € | 36,50 € | 36,50 € |
| | Reste à charge pour le patient | 30 € | 12,50 € | 1 € | 1 € | 1 € | 1 € | 1 € |

BR : Base de Remboursement



Optique

Votre optalmologue vous prescrit une paire de lunettes avec des verres progressifs. Vous choisissez votre équipement (monture dans la limite de 150 € + verres très complexes) chez votre opticien pour un coût total de 589 € réparti comme il suit :

Chez un opticien hors réseau Santéclair :

| Barème de la garantie* | | 200 € | 300 € | 400 € | 500 € | 600 € | 720 € | 850 € |
|----------------------------|--------------------------------------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|
| Paire de lunettes 589 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € |
| | Prestation Assureur | 200 € | 300 € | 400 € | 500 € | 574,31 € | 574,31 € | 574,31 € |
| | Reste à charge pour le patient | 374,31 € | 274,31 € | 174,31 € | 74,31 € | 0 € | 0 € | 0 € |

Chez un opticien du réseau Santéclair, pour la même paire de lunettes, vous bénéficiez de prix négociés (-15 % sur les montures ; -25 % sur les verres soit un coût ramené à 456,75 € dans notre exemple. Vous disposez également d'un bonus en euros sur les verres).

| Barème de la garantie* | | 200 € | 370 € | 470 € | 570 € | 670 € | 790 € | 850 € |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Paire de lunettes 456,75 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € | 14,69 € |
| | Prestation Assureur | 200 € | 370 € | 442,06 € | 442,06 € | 442,06 € | 442,06 € | 442,06 € |
| | Reste à charge pour le patient | 242,06 € | 72,06 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € |

*Le remboursement des montures ne peut dépasser 150 € et vient en déduction des plafonds des garanties. Cette garantie optique s'applique, une fois tous les 2 ans dans la limite d'un équipement tous les deux ans à compter de l'achat, aux équipements composés d'une monture et de deux verres. Sauf pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, dans ces deux cas, elle s'applique chaque année.

Dentaire

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

| Barème de la garantie | | 55% BR | 180% BR | 255% BR | 355% BR | 430% BR | 505% BR | 555% BR |
|-----------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Coût 490 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 75,25 € | 75,25 € | 75,25 € | 75,25 € | 75,25 € | 75,25 € | 75,25 € |
| | Prestation Assureur avec le Bonus Santéclair | 59,13 € | 193,50 € | 274,13 € | 381,63 € | 414,75 € | 414,75 € | 414,75 € |
| | Reste à charge pour le patient | 355,62 € | 221,25 € | 140,62 € | 33,12 € | 0 € | 0 € | 0 € |

Médecine douce / Prévention

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

| Barème de la garantie | | - | 50 € | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € | 300 € |
|-----------------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Coût 165 € | Remboursement de la Sécurité sociale | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € |
| | Prestation Assureur | 0 € | 50 € | 100 € | 150 € | 165 € | 165 € | 165 € |
| | Reste à charge pour le patient | 165 € | 115 € | 65 € | 15 € | 0 € | 0 € | 0 € |

