

Ce document doit être retourné à APRIL Santé Prévoyance dans les meilleurs délais afin que votre affiliation au contrat collectif souscrit par votre entreprise soit effective et que vous soyez garanti au plus tôt.



**Mon entreprise a souscrit un contrat obligatoire pour ses salariés et leurs ayants droit.**



Complétez la demande d'affiliation pour vous et vos ayants droit.  
Complétez la demande d'affiliation prévoyance sans oublier d'indiquer votre salaire annuel brut  
Désignez votre ou vos bénéficiaires en cas de décès.



**Je souhaite renforcer mes garanties santé et celles de mes ayants droit :**  
Complétez la demande d'adhésion « Renforts de garanties »

- Dater et signer chaque page.
- Fournissez pour chaque personne assurée par le contrat, une photocopie d'attestation de droits de la Sécurité sociale.
- Choisissez votre mode de paiement.
- Joignez un relevé d'identité bancaire pour le paiement des cotisations.
- Joignez un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire pour le versement des prestations s'il est différent de celui du paiement.
- Transmettez le tout à votre employeur.

**Dès le lendemain du traitement du dossier, vous pouvez télécharger sur votre Espace Salarié Assuré sur [pro.april.fr/rubrique Espace Assuré](http://pro.april.fr/rubrique%20Espace%20Assuré) :**

- Votre certificat d'affiliation.
- Le résumé des garanties souscrites.
- Un exemplaire des Notices valant Conditions Générales préalablement remises à l'adhésion.

**Vous recevrez par courrier :**

- Votre carte de Tiers-payant, en 2 exemplaires.
- Vos certificats d'adhésion extension et / ou renfort de garanties avec votre échéancier de paiement (uniquement si ces options sont souscrites).

11/02/2021





AFFILIATION SALARIÉ  
Non affiliés AGIRC  
Santé Bureaux d'études (SYNTEC)  
Prévoyance Bureaux d'études (SYNTEC)

ETU0140 - BES200520  
SYN4531 - BET180618

## VOTRE ENTREPRISE

N° de client :         Raison sociale : **FOX MARKETING**  
Adresse du siège social : **7 allée de Chartres**  
Code Postal : **33000** Ville : **BORDEAUX**

## VOUS

Date d'entrée dans l'entreprise : **02** / **11** / **2020** Fonction(s) exercée(s) : **Alternant Chef de Projet Digital**  
Contrat de travail : ☒ Temps plein ☐ Temps partiel  
Particularités : ☐ Employeurs multiples ☐ Cumul emploi-retraite  
Nom d'usage : **BOISSONNET MARQUET** Prénom : **Romain**  
Nom de naissance : **Boissonnet**  
Né(e) le : **24** / **12** / **2000** Département et commune de naissance : **095**  
Pays de naissance : **France** Nationalité : **Fraçaise**  
Situation de famille : **Célibataire** Nombre d'enfants déclarés fiscalement à charge : **00**  
Adresse : **27 rue Pierre Benoit Résidence Ribeyrol Appartement 51 Bâtiment A**  
Code Postal : **33500** Ville : **Libourne**  
N° de téléphone (domicile) : N° de téléphone portable : **0755679367**  
E-mail\* : **romainbmc30@gmail.com**  
N° de Sécurité sociale : **1001295428117-43** N° de centre de gestion Sécurité sociale : **013011310**

	SALARIE
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Êtes-vous membre de la famille <sup>(2)</sup> d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits <sup>(3)</sup> avec une Personne Politiquement Exposée ?	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

<sup>(1)</sup> Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison de l'une des fonctions citées ci-dessous qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an :

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n°88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger;
- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours;
- 4° Membre d'une cour des comptes;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

<sup>(2)</sup> Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- 1° Le conjoint ou le concubin notoire;
- 2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- 3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- 4° Les ascendants au premier degré.

<sup>(3)</sup> Sont considérées comme des personnes étroitement associées à une PPE :

- 1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la PPE, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger;
- 2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE;
- 3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE.

\* En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution du (des) contrat(s) par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
[www.april.fr](http://www.april.fr)

11/02/2021

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



AFFILIATION SALARIÉ  
Non affiliés AGIRC  
Santé Bureaux d'études (SYNTEC)  
Prévoyance Bureaux d'études (SYNTEC)

ETU0140 - BES200520  
SYN4531 - BET180618

**SANTÉ :**

Vous								
CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE				N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
			TNS	Sécurité Sociale	Agricole	Alsace		
<input type="checkbox"/> Mme <input checked="" type="checkbox"/> M	BOISSONNET MARQUET Romain	24/12/2000	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 00 12 95 428 117 43	11/02/2021

Votre conjoint								
CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE				N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nom de naissance : ..... Nationalité : .....

Département, commune et pays de naissance : .....


Vos enfants								
CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE				N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(\*) au plus tôt à la date d'entrée dans la société sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

**april | santé prévoyance**

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
[www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

 11/02/2021



AFFILIATION SALARIÉ  
Non affiliés AGIRC  
Santé Bureaux d'études (SYNTEC)  
Prévoyance Bureaux d'études (SYNTEC)

ETU0140 - BES200520  
SYN4531 - BET180618

PRÉVOYANCE :

Date d'effet souhaitée\* :  /  /

**VOTRE IDENTITÉ**

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....

**VOTRE SITUATION**

**SALAIRE ANNUEL BRUT :** ..... (indispensable pour la mise en place de garanties prévoyance)

**BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES DÉCÈS** (Voir Fiche pratique Clause bénéficiaire)

Je désigne :

☐ mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mon partenaire lié par pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, ou à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes père et mère par parts égales ou à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

☐ autres bénéficiaires (préciser nom d'usage, nom de naissance, prénoms, date de naissance, département/commune/pays de naissance, adresse de résidence, préciser la répartition s'il y a plusieurs bénéficiaires) :

.....  
.....  
.....

, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

Je peux modifier cette désignation à tout moment par écrit à APRIL Santé Prévoyance.

\*Au plus tôt à la date d'entrée dans la société sous réserve de l'acceptation de l'assureur. L'acceptation de l'affiliation se matérialise par l'émission d'un certificat.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande.

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

FAIT À : Libourne

lu et approuvé

LE : 11/02/2021

SIGNATURE :

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
[www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 ([www.orient.fr](http://www.orient.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



**AFFILIATION SALARIÉ**  
**Non affiliés AGIRC**  
**Santé Bureaux d'études (SYNTEC)**  
**Prévoyance Bureaux d'études (SYNTEC)**

ETU0140 - BES200520  
SYN4531 - BET180618

Je confirme mon affiliation, et en fonction des garanties souscrites, celles de mes ayants droit, aux régimes de complémentaire santé et prévoyance complémentaire obligatoires mis en place dans mon entreprise dans le cadre de la souscription par mon employeur des conventions d'assurance SANTE BUREAUX D'ETUDES SOCLE (n°AE2020S03) et PREVOYANCE BUREAUX D'ETUDES (n°AE2018P02) souscrite par elle auprès d'AXERIA PREVOYANCE.

AXERIA PREVOYANCE : société anonyme au capital de 31.000.000 d'euros, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure 69439 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129

J'ai été informé que les dispositions de ces conventions définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans les notices valant conditions générales, référencées BES200520 (SANTE BUREAUX D'ETUDES SOCLE) et BET180618 (PREVOYANCE BUREAUX D'ETUDES) dont j'atteste en avoir reçu un exemplaire lors de ma demande d'affiliation, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint aux Notices, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr), ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

Je déclare également avoir reçu un exemplaire des tableaux des garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et les avoir conservé.

Dans le cadre d'une modification de ces conventions par voie d'avenant, je prends acte que les Notices applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de ma demande d'affiliation.

Dans le cadre d'une affiliation avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'affiliation.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'affiliation. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'affiliation, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL Santé Prévoyance, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL Santé Prévoyance, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins commerciales par APRIL sauf opposition, en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance soit par mail à [gestion.collectives@april.com](mailto:gestion.collectives@april.com), soit par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, les personnes concernées peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime obligatoire à APRIL Santé Prévoyance.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à [dpo.aspcollectives@april.com](mailto:dpo.aspcollectives@april.com)

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

  
1/2



AFFILIATION SALARIÉ  
Non affiliés AGIRC  
Santé Bureaux d'études (SYNTEC)  
Prévoyance Bureaux d'études (SYNTEC)

ETU0140 - BES200520  
SYN4531 - BET180618

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs de l'Association des Assurés APRIL. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.**

2/2

- ☐ J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande.

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

FAIT À : Libourne

LE : 11/02/2021

SIGNATURE :

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
[www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 ([www.orienta.fr](http://www.orienta.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



## Le renfort de garanties pour tous les bénéficiaires (Socle et/ou Extension)

### RENSEIGNEMENTS

Nom du salarié : .....

Prénom du salarié : .....

Date d'effet souhaitée\* :  /  /

☐ Je souhaite renforcer mon niveau de garantie et celui de mes ayants droit. Le niveau des renforts choisi sera identique pour l'ensemble des bénéficiaires, les cotisations étant à ma charge exclusive.

\* Au plus tôt au lendemain de réception du dossier complet sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

Choisissez votre Niveau de renfort	<input type="checkbox"/> Renfort 1	<input type="checkbox"/> Renfort 2	<input type="checkbox"/> Renfort 3	<input type="checkbox"/> Renfort 4	<input type="checkbox"/> Renfort 5
<input type="checkbox"/> Vous et vos enfants	11,00 €	25,00 €	37,30 €	44,60 €	58,40 €
<input type="checkbox"/> Votre conjoint	8,00 €	18,00 €	25,40 €	30,40 €	39,80 €
Calculez la cotisation totale mensuelle TTC des renforts	.....€	.....€	.....€	.....€	.....€
Calculez la cotisation totale annuelle TTC des renforts	.....€	.....€	.....€	.....€	.....€

Les cotisations sont valables jusqu'au 31/12/2021 sous réserve de toutes évolutions législatives et réglementaires. Les cotisations évoluent contractuellement au 1er janvier de chaque année ou en cours d'année conformément aux Notices valant Conditions Générales. Les tarifs indiqués sont susceptibles d'être revus en fonction de l'affiliation au régime local ou général de chaque bénéficiaire.

ETU0160 | Garanties : MCXX | Criteres : cdpar = 1 / jvagt = 1 / tycom = 9 / millsm = 202003 / rgobl = 1 / dtrait = 20210101 / jcrng = 0

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Le mandat de prélèvement SEPA si vous optez pour un règlement par prélèvement.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé".

**lu et approuvé**

FAIT À : Libourne

LE : 11/02/2021

SIGNATURE :







## RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

(résiliation de contrats de surcomplémentaire santé, d'extension individuelle de garanties collectives et de complémentaire santé)

### Contrat 1

RESILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RESILIATION INFRA-ANNUELLE — ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : ..... Adresse : ..... CP : ..... Référence contrat : ..... Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat : .....

### Contrat 2

RESILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RESILIATION INFRA-ANNUELLE — ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : ..... Adresse : ..... CP : ..... Référence contrat : ..... Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat : .....

### Contrat 3

RESILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RESILIATION INFRA-ANNUELLE — ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : ..... Adresse : ..... CP : ..... Référence contrat : ..... Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat : .....

### Contrat 4

RESILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RESILIATION INFRA-ANNUELLE — ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : ..... Adresse : ..... CP : ..... Référence contrat : ..... Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat : .....





**ADHESION SALARIE**  
**Non affiliés AGIRC**  
**Santé Bureaux d'études (SYNTEC)**  
**SOUSCRIPTION RENFORTS DE GARANTIES**

ETU0160 - BER200520

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et, selon les garanties choisies, aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA PREVOYANCE (SANTE BUREAUX D'ETUDES RENFORT n°AE2020S05).

AXERIA PREVOYANCE : société anonyme au capital de 31.000.000 d'euros, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure 69439 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, des Documents d'Information Produit référencés BER200520DIP.

J'ai été informé que les dispositions de cette (ces) convention(s) définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans la(les) Notice(s) valant conditions générales, référencée(s) BER200520 (SANTE BUREAUX D'ETUDES RENFORT) dont j'atteste en avoir reçu un exemplaire lors de ma demande d'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'(les)avoir conservé(s).

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la (aux) Notice(s), lesquels sont consultables dans leur intégralité sur [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr), ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

Je déclare également avoir reçu un exemplaire du (des) tableau(x) des garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'(les)avoir conservé(s).

Dans le cadre d'une modification de cette (ces) convention(s) par voie d'avenant, je prends acte que la (les) Notice(s) applicable(s) est (sont) celle(s) dont j'ai pris connaissance lors de la signature de ma demande d'adhésion.

Dans le cadre d'une adhésion avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'adhésion.

J'atteste être informé(e) que mon (mes) contrat(s) est (sont) renouvelable(s) par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'adhésion. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL Santé Prévoyance, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL Santé Prévoyance, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins commerciales par APRIL sauf opposition, en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance soit par mail à [gestion.collectives@april.com](mailto:gestion.collectives@april.com), soit par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, les personnes concernées peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de régime obligatoire à APRIL Santé Prévoyance.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à [dpo.aspcollectives@april.com](mailto:dpo.aspcollectives@april.com)


Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

1/2

**april | santé prévoyance**

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
[www.april.fr](http://www.april.fr)

  
11/02/2021

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 ([www.orient.fr](http://www.orient.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Contrat conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA PREVOYANCE pour Santé Bureaux d'études (SYNTEC).



Non affiliés AGIRC  
Santé Bureaux d'études (SYNTEC)  
SOUSCRIPTION RENFORTS DE GARANTIES

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'organisme assureur de l'Association des Assurés APRIL. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.**

2/2

- ☐ J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé". **lu et approuvé**

FAIT À : Libourne

LE : 11/02/2021

SIGNATURE :



## Remboursement prestations

Coordonnées IBAN de l'adhérent (ces données sont à compléter si différents de celles du paiement des cotisations)

FR76 1005 7190 1100 0209 5370 487

Titulaire du compte : BOISSONNET MARQUET

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

## Mode de paiement de vos contrats complémentaires individuels

### Choix du mode de paiement :

Indiquez le jour qui vous paraît le plus favorable

pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois

Périodicité	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle	Mensuelle
Prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/

## Mandat de prélèvement SEPA

Merci de renseigner ce mandat de prélèvement SEPA uniquement si vous optez pour ce mode de paiement.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

### Veuillez compléter les champs marqués \*

Nom et Prénom ou Raison sociale\* :

BOISSONNET MARQUET Romain

Adresse\* : 27 rue Pierre Benoit Résidence Ribeyrol Appartement 51 Bâtiment A

Code Postal\* : 33500 Ville\* : Libourne

Pays\* : France

Les coordonnées de votre compte\* :

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire

FR76 / 1005 / 7190 / 1100 / 0209 / 5370 / 487

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

BIC CMCIFRPP

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR85COL423146

Adresse du créancier :

APRIL Santé Prévoyance

TSA 80004 - 69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement\* : ☒ récurrent

☐ ponctuel

Signé à\* :

Date\* :

Signature(s)\* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03, soit par mail à dpo.aspcollectives@april.com.

Référence Unique du Mandat (Ne pas compléter) :

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03  
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.orient.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Contrat conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA PREVOYANCE pour Santé Bureaux d'études (SYNTEC).

11/19

11/02/2021

## Socle à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables".

HOSPITALISATION (1)		Conventionnel+
<b>H</b>	Honoraires	
	Médecin DPTAM en secteur conventionné (2)	200% BR
	Médecin non DPTAM en secteur conventionné (2)	180% BR
	Médecins en secteur non conventionné	175% BR
	Frais de séjour	175% BR
	Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FR
	Forfait actes lourds	100% FR
	Chambre particulière en secteur conventionné - Par journée ou par nuitée	45€
	Lit d'accompagnant en secteur conventionné - Par nuitée	45€

SOINS COURANTS *		Conventionnel+
<b>U</b>	Honoraires médicaux généralistes : Consultations / visites / consultations en ligne Médecins DPTAM (2)	100% BR
	Médecins non DPTAM (2) ou non conventionné	100% BR
	Honoraires médicaux spécialistes : Consultations / visites / consultations en ligne Médecins DPTAM (2)	200% BR
	Médecins non DPTAM (2) ou non conventionné	180% BR
	Honoraires paramédicaux	100% BR
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	Actes techniques médicaux Médecins DPTAM (2)	150% BR
	Médecins non DPTAM (2)	130% BR
	Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie Médecins DPTAM (2)	100% BR
	Médecins non DPTAM (2)	100% BR
	Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (Hors aides auditives et optique)	175% BR
	Frais de Transport sanitaire acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Médicaments (remboursés par le régime obligatoire)	100% BR
	Cure thermale remboursée par le régime obligatoire (3)	-

AIDE AUDITIVES		Conventionnel+
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020 (max 2 / an)		450€ / oreille (avec un minimum de 100% BR)
<b>A compter du 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition) :</b>		
Equipements de Classe I "100% Santé" (4) (5)		100% FR
Equipements de Classe II "Offre Libre" dans la limite de 1 700€ / oreille sous déduction du remboursement du régime obligatoire (4)		450€ / oreille (avec un minimum de 100% BR)
Accessoires et fournitures		100% BR


# Santé Bureaux d'études (SYNTEC)

Collège Ensemble du personnel

## Socle à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables".

DENTAIRE		Conventionnel+
	Soins	100% BR
	Soins avec dépassements d'honoraires dont Inlays/Onlays	150% BR
	<b>Soins et prothèses dentaires "100% Santé" (5) (6)</b>	100% FR
	<b>Autres prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire "Offre Modérée" et "Offre Libre" (6)</b>	** limité à 3 prothèses par an et par assuré hors couronne sur implant - Au-delà, la garantie est remboursée à hauteur de 125%BR
	<i>Inlays cores **</i>	150% BR
	<i>Prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire y compris couronne sur implant (dents du sourire (7)) **</i>	250% BR
	<i>Prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire y compris couronne sur implant (dents de fond de bouche (8)) **</i>	200% BR
	Orthodontie prise en charge par le régime obligatoire (par semestre de traitement et par assuré)	250% BR
	Prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire (3)	150€
	Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire (par semestre de traitement et par assuré) (9)	-
	Implantologie non remboursée par le régime obligatoire (3)	500€
	Parodontologie (3)	-

# Santé Bureaux d'études (SYNTEC)

Collège Ensemble du personnel

**Socle** à adhésion obligatoire  
souscrit par l'entreprise

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables".

## OPTIQUE



S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Forfait incluant le ticket modérateur et la prise en charge du régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.

### Équipement 100% santé (Classe A y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle) (10)

Verre toute correction (5)	100% FR
Prise en charge de la monture limitée à	30€

### Équipement "Offre Libre" (Classe B) (10)

#### Verre Simple Foyer, Sphérique (forfait par verre)


sphère de -6 à +6 (Pour les - 16 ans)	40€
sphère de -6 à +6 (Pour les 16 ans et +)	70€
sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12 (Pour les - 16 ans)	75€
sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12 (Pour les 16 ans et +)	80€
sphère <-12 ou >+12 (Pour les - 16 ans)	80€
sphère <-12 ou >+12 (Pour les 16 ans et +)	90€

#### Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique (forfait par verre)

cylindre <=+4 sphère de -6 à 0 (Pour les - 16 ans)	50€
cylindre <=+4 sphère de -6 à 0 (Pour les 16 ans et +)	80€
Sphère >0 et (Sphère + cylindre) <=+6 (Pour les - 16 ans)	50€
Sphère >0 et (Sphère + cylindre) <=+6 (Pour les 16 ans et +)	80€
Sphère >0 et (Sphère + cylindre) >+6 (Pour les - 16 ans)	80€
Sphère >0 et (Sphère + cylindre) >+6 (Pour les 16 ans et +)	90€
cylindre <=+4 sphère <-6 (Pour les - 16 ans)	80€
cylindre <=+4 sphère <-6 (Pour les 16 ans et +)	90€
cylindre >+4 sphère de -6 à 0 (Pour les - 16 ans)	90€
cylindre >+4 sphère de -6 à 0 (Pour les 16 ans et +)	100€
cylindre >+4 sphère <-6 (Pour les - 16 ans)	100€
cylindre >+4 sphère <-6 (Pour les 16 ans et +)	110€

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables".

OPTIQUE	Conventionnel+
	<b>Equipement "Offre Libre" (Classe B) (10)</b>
	<b>Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique (forfait par verre)</b>
	sphère de -4 à +4 (Pour les - 16 ans) 105€
	sphère de -4 à +4 (Pour les 16 ans et +) 130€
	sphère <-4 ou >+4 (Pour les - 16 ans) 115€
	sphère <-4 ou >+4 (Pour les 16 ans et +) 140€
	<b>Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique (forfait par verre)</b>
	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0 (Pour les - 16 ans) 125€
	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0 (Pour les 16 ans et +) 150€
	Sphère >0 et (Sphère + cylindre) <=+8 (Pour les - 16 ans) 125€
	Sphère >0 et (Sphère + cylindre) <=+8 (Pour les 16 ans et +) 150€
	Sphère >0 et (Sphère + cylindre) >+8 (Pour les - 16 ans) 135€
	Sphère >0 et (Sphère + cylindre) >+8 (Pour les 16 ans et +) 160€
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0 (Pour les - 16 ans) 125€
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0 (Pour les 16 ans et +) 150€
	sphère <-8 (Pour les - 16 ans) 135€
	sphère <-8 (Pour les 16 ans et +) 160€
	Monture (Pour les - 16 ans) 60€
	Monture (Pour les 16 ans et +) 80€
	Prestation d'adaptation de la correction visuelle 50% des frais réels
	Equipement mixte (combinaison de verres et montures de Classes A et B) Se référer aux montants des équipements de la Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du régime obligatoire) des équipements de la Classe A, pris en charge à hauteur des frais réels.
	Combinaisons de verres 1 verre simple + 1 verre complexe, ou 1 verre simple + 1 verre hypercomplexe, ou 1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe
	Lentilles prescrites acceptées ou refusées par le régime obligatoire y compris lentilles jetables (3) 85€ (avec au minimum le remboursement du ticket modérateur pour les lentilles acceptées)
	Chirurgie réfractive de l'œil (par œil) 600€
	Partenariat Optique Des avantages tarifaires chez 2500 opticiens référencés (11)




# Santé Bureaux d'études (SYNTEC)

Collège Ensemble du personnel

## Socle à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables".

PREVENTION	Conventionnel+
 Actes de prévention des contrats responsables (12)	100% BR
Sevrage tabagique (3) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-
Contraception féminine (3) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-
Vaccin anti-grippe (3) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-
Equilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (3)	-
Médecine douce : ostéopathe, diététicien, psychomotricien, psychologue, podologue, acupuncteur, tabacologue, chiropracteur, pédicure (3)	20€ / consultation (2 séances / an)
Forfait naissance/adoption (13)	-
Vaccins prescrits non remboursés (3) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-
Ostéodensitométrie osseuse (3) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-
Soins inopinés effectués à l'étranger remboursés par le régime obligatoire	100% BR
Assistance (Fonds d'actions solidaires) (14)	Oui

(1) Sont uniquement concernés les frais de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (hors chirurgie esthétique).

(2) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(3) Par année civile et par assuré.

(4) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.

(5) Remboursement limité au prix limite de vente.

(6) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.

(7) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(8) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n°15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(9) Reconstituée sur base TO90.

(10) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

(11) Voir conditions chez nos opticiens référencés

(12) Les actes de prévention définis dans l'arrêté du 8/06/2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur

(13) Forfait doublé en cas de naissances multiples

(14) Fonds d'actions solidaires ouverts à l'ensemble des salariés des sociétés adhérentes à l'Association des Assurés APRIL. Les assurés peuvent accéder à l'ensemble de ces services ainsi qu'à leurs modalités de mise en œuvre en consultant le site de l'Association [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr)

\* Conformément à la loi du 08/08/2014 : la participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

Les visites, consultations et actes techniques d'imagerie (radiologie) réalisés par des médecins hors parcours de soins pourront donner lieu à des hausses du ticket modérateur et/ou des dépassements d'honoraires que ce contrat ne pourra rembourser.

Les actes de prévention définis dans l'arrêté du 8/06/2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.



# Santé Bureaux d'études

Collège Ensemble du personnel

## Renforts à adhésion facultative souscrits en complément de votre contrat Socle

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Garanties s'ajoutant aux garanties du contrat socle et s'appliquant après déduction des prestations du régime obligatoire et le cas échéant du contrat socle, dans la limite des frais réellement engagés.

HOSPITALISATION		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	Frais de séjour (limité à 30 jours en psychiatrie)	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	<b>Honoraires</b>					
	Médecin DPTAM en secteur conventionné (1)	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Médecin non DPTAM en secteur conventionné (1)	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Médecins en secteur non conventionné	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Chambre particulière en secteur conventionné - Par journée ou par nuitée	15€	45€	45€	45€	45€
	Frais d'accompagnant en secteur conventionné	15€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour
SOINS COURANTS		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	Honoraires médicaux généraliste - Médecins DPTAM (1)	50% BR	120% BR	120% BR	125% BR	150% BR
	Honoraires médicaux généraliste - Médecins non DPTAM et en secteur non conventionné (1)	30% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
	Honoraires médicaux spécialiste - Médecins DPTAM (1)	25% BR	105% BR	105% BR	125% BR	150% BR
	Honoraires médicaux spécialiste - Médecins non DPTAM et en secteur non conventionné (1)	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Actes techniques médicaux - Médecins DPTAM (1)	20% BR	20% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Actes techniques médicaux - Médecins non DPTAM (1)	20% BR	20% BR	50% BR	75% BR	100% BR
	Actes de radiologie - Médecins DPTAM (1)	45% BR	70% BR	100% BR	125% BR	150% BR
	Actes de radiologie - Médecins non DPTAM (1)	25% BR	50% BR	75% BR	100% BR	125% BR
	Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (Hors aides auditives et optique)	25% BR	25% BR	50% BR	75% BR	150% BR
AIDE AUDITIVES		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020 (max 2 / an)		150€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille
A compter du 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition) :						
Equipements de Classe II "Offre Libre" (2)		150€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille	550€ / oreille
Accessoires		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR


# Santé Bureaux d'études


Collège Ensemble du personnel

## Renforts à adhésion facultative souscrits en complément de votre contrat Socle

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Garanties s'ajoutant aux garanties du contrat socle et s'appliquant après déduction des prestations du régime obligatoire et le cas échéant du contrat socle, dans la limite des frais réellement engagés.

DENTAIRE (3)		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	Soins avec ou sans dépassements dont Inlays-Onlays	50% BR	50% BR	75% BR	100% BR	125% BR
	<b>PROTHÈSES * limité à 3 prothèses par an et par assuré hors couronne sur implant</b>					
	<i>Prothèses prises en charge par le régime obligatoire "Offre modérée" et "Offre libre" (4)</i>					
	Prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire y compris couronne sur implant (dents du sourire) *	50% BR	200% BR	200% BR	200% BR	250% BR
	Prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire y compris couronne sur implant (dents du fond de bouche) *	25% BR	175% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	Inlays cores *	50% BR	50% BR	100% BR	150% BR	200% BR
	<i>Prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire * (5) (6)</i>	50€	150€	160€	200€	250€
	Orthodontie prise en charge par le régime obligatoire	50% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
	Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire (6)	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR	250% BR
	Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire (5)	200€	300€	300€	350€	400€
Implants dentaires (5)		-	-	100€	150€	200€

OPTIQUE (3)		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	La garantie Equipement Optique s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.					
	<b>Equipements de Classe B "Offre libre" (7)</b>					
	Monture - 16 ans	15€	40€	60€	80€	100€
	Monture 16 ans et +	20€	70€	75€	100€	125€
	Verres simples sphériques et sphéro-cylindriques - 16 ans et 16 ans et +	20€	40€	80€	120€	160€
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques ou sphéro-cylindriques - 16 ans	20€	40€	80€	120€	160€
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques ou sphéro-cylindriques 16 ans et +	20€	60€	80€	120€	160€
	Lentilles prescrites acceptées ou refusées par le régime obligatoire y compris lentilles jetables (5)	15€	115€	120€	160€	200€
	Chirurgie réfractive (forfait pour les 2 yeux) (5)	200€	300€	400€	500€	600€
	Partenariat Optique	Des avantages tarifaires chez 2500 opticiens référencés (8)				


# Santé Bureaux d'études

Collège Ensemble du personnel

## Renforts à adhésion facultative souscrits en complément de votre contrat Socle

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Garanties s'ajoutant aux garanties du contrat socle et s'appliquant après déduction des prestations du régime obligatoire et le cas échéant du contrat socle, dans la limite des frais réellement engagés.

MATERNITE, PREVENTION ET AUTRES SOINS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
 Forfait naissance / adoption	-	-	180€	240€	300€
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire (y compris vaccins anti-grippe) (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (5)	-	105€	110€	115€	120€
Sevrage tabagique (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (5)	-	50€	75€	100€	125€
Contraception féminine (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (5)	-	50€	60€	80€	100€
Médecine douce : ostéopathe, diététicien, psychomotricien, psychologue, podologue, acupuncteur, tabacologue, chiropracteur, pédicure (5)	25€ / consultation (3 séances / an)	30€ / consultation (4 séances / an)	30€ / consultation (4 séances / an)	30€ / consultation (4 séances / an)	30€ / consultation (5 séances / an)
Equilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (5)	-	60€	65€	70€	80€
Ostéodensitométrie osseuse (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) (5)	-	50€	55€	60€	65€

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.

(3) Conformément aux conditions générales, un délai d'attente peut être applicable sur ces postes.

(4) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.

(5) Par année civile et par assuré

(6) Reconstituée sur une BRSS à 107,50 € pour les prothèses non remboursées et sur la base d'une TO90 pour l'orthodontie non remboursée.

(7) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

(8) Voir conditions chez nos opticiens référencés.