

ÉTUDE PERSONNALISÉE SANTÉ

VEO 3.0 + Santé Collective

Ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC

Votre Contact :
Groupe HENNER
SOLVISEO
170 rue du Temple
75003 PARIS
+33(0)1 72 38 25 95
claude.mombo-baros@solviseo.fr
14004601

Étude établie le 29/09/2016 sous le n°VEO/2016/09/092657 pour sophrokhepri (n°81144541000012) ayant une validité de 6 mois à compter de ce jour. Contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire souscrit par l'association la Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) auprès d'AVIVA Assurances.

INFORMATIONS COMMUNIQUÉES

CATÉGORIE DU PERSONNEL : ENSEMBLE DU PERSONNEL NON AFFILIÉ À L'AGIRC

RAISON SOCIALE : sophrokhepri

NOMBRE DE SALARIÉS : 2

MOYENNE D'ÂGE : 36-40 ans

CODE POSTAL : 94130

- ▶ Pas de délai d'attente sur le régime frais de santé.
- ▶ Le contrat est conforme aux exigences réglementaires du contrat responsable en vigueur.
- ▶ Les conditions de maintien des garanties :

- > Maintien des garanties santé au titre de l'art. 4 de la loi 89-1009 du 31/12/1989 dite "Loi Evin"

L'affilié peut demander le maintien de ses garanties, à l'exclusion de la garantie Obsèques, s'il en exprime la demande dans les 6 mois suivant sa radiation pour une cotisation majorée de 50% du taux des actifs.

- > Maintien des garanties au titre de l'art. 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (portabilité des droits)

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnités du régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée ne pouvant excéder 12 mois. Les modalités de paiement de ce maintien ne pourront se faire que dans le cadre d'une mutualisation.

SANTÉ

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS POUR VOS GARANTIES SANTÉ

Ces remboursements incluent les prestations versées par l'Assurance Maladie sur la base du régime général en 2016. Ils sont affichés à titre indicatif conformément à la réglementation en vigueur.

NATURE DE LA DÉPENSE	REMBOURSEMENT MAXIMUM RÉGIME OBLIGATOIRE + COMPLÉMENTAIRE
	VOTRE FORMULE
Médecins généralistes ou spécialistes ayant optés pour le CAS	100 % des frais réels
Médecins généralistes ou spécialistes n'ayant pas optés pour le CAS	45,00 €
Prothèses dentaires remboursées par l'AM	698,75 €
Montures + verres simples	470,00 €
Montures + verres complexes	750,00 €
Médecine douce (ostéopathie ; chiropraxie...)	400,00 €

COTISATIONS - RÉGIME GÉNÉRAL

Les cotisations mensuelles sont exprimées en euros.

	VOTRE FORMULE
Adulte	102,40 €
Enfant	61,18 €
Isolé	102,40 €
Famille	249,11 €
Unique	207,97 €

SYNTHÈSE BUDGÉTAIRE

Le budget est indiqué à titre indicatif selon la démographie indiquée et sur la base d'une participation employeur de 50 %.

	VOTRE FORMULE	
BUDGET ANNUEL GLOBAL ENTREPRISE (Structure tarifaire adulte/enfant)	5 154,72 €	
	EMPLOYEUR Votre participation mensuelle par salarié	SALARIÉ La participation mensuelle de chaque salarié
Si participation à 50 % sur le salarié uniquement [sur la base d'un taux Adulte Régime Général]	51,20 €	51,20 €

DÉTAIL DES GARANTIES SANTÉ SOUHAITÉES

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale dans le cadre du "parcours de soins" et dans la limite des frais réellement engagés, sous déduction des participations forfaitaires et des franchises médicales.

	Votre Formule
MODULE A : SOINS COURANTS	
Consultations, visites, radiologie, échographie, actes techniques - CAS	100% FR
Consultations, visites, radiologie, échographie, actes techniques - Non CAS	200% BR
Auxiliaires médicaux, Analyses, et travaux de laboratoire	100% FR
Prothèses médicales	100% FR
Prothèses auditives (1 équipement pour 3 ans)	3000 € la paire
Pharmacie prise en charge par l'AM	100% TM
MODULE B : HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITÉ)	
Honoraires (chirurgien, anesthésiste, réanimateur)	Convention et CAS : 100% FR Hors convention ou hors CAS : 200% BR
Frais de séjours	Convention : 100% des Frais réels Hors convention : 80% des Frais réels
Lit d'accompagnant (par jour)	
Chambre particulière (par jour) limitée à 30 jours en établissement ou service psychiatrique. Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle.	
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Maison de santé; Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle; Etablissement ou service psychiatrique	500% BR
Ambulance prise en charge par l'AM	500% BR
Cures Thermales acceptées par l'AM (par cure)	800 €
MODULE C : DENTAIRE	
Soins dentaires	450% BR
Prothèse remboursée par l'AM	650% BR
Orthodontie prise en charge par l'AM	650% BR
Orthodontie non remboursée par l'AM (Forfait par an et par bénéficiaire)	500 €
Implant (racine et pilier implantaire): Forfait par an et par bénéficiaire	1200 €
Parodontologie (forfait annuel)	500 €

		Votre Formule
MODULE D : OPTIQUE		
ADULTE: Forfait pour 2 ans sauf changement de correction. Au sein de l'équipement le remboursement de la monture est limité à 150 €		-
. Monture + Paire de verres simples		Réseau : 100% FR (limité à 470€) Hors réseau : 400 €
. Monture + Paire de verres complexes		Réseau : 100% FR (limité à 750€) Hors réseau : 650 €
ENFANT: Forfait pour 1 an. Au sein de l'équipement le remboursement de la monture est limité à 150 €		-
. Monture + Paire de verres simples		Réseau : 100% FR (limité à 400€) Hors réseau : 350 €
. Monture + Paire de verres complexes		Réseau : 100% FR (limité à 700€) Hors réseau : 600 €
Lentilles remboursées ou non par l'AM (plafond par an et par bénéficiaire)		1000 €
Chirurgie réfractive de l'oeil (par oeil)		1000 €
MODULE E : PRÉVENTION, INNOVATIONS & OBSÈQUES		
Vaccins et Médicaments prescrits mais non pris en charge par l'AM (sevrage tabagique, homéopathie, pilules contraceptives)		Forfait global par an et bénéficiaire : 400 €
Examens, analyses, radios prescrits et non pris en charge par l'AM		
Médecine douce : Ostéopathie, chiropraxie, naturopathie, acupuncture, podologie, homéopathie, etiopathie, diététicien		
Forfait Maternité (doublé en cas de naissances multiples)		350 €
Garantie Obsèques		3200 €

LEXIQUE

- AM : Assurance Maladie
- BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.
- CAS : Contrat d'accès aux soins
- FR : Frais Réels.
- TM : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement et le montant du remboursement de l'Assurance Maladie.

ENTREPRISE

DEMANDE D'ADHÉSION ENTREPRISE

VEO 3.0 + Santé Collective

Votre Contact :
Groupe HENNER
SOLVISEO
170 rue du Temple
75003 PARIS
+33(0)1 72 38 25 95
claude.mombo-baros@solviseo.fr

Ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC

Contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire souscrit par l'association la Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) auprès d'AVIVA Assurances.

ENTREPRISE À ASSURER

RAISON SOCIALE : sophrokhepri

SIRET : 81144541000012

ADRESSE POSTALE : _____

CODE POSTAL : 94130 VILLE : _____

EFFECTIF DU COLLÈGE : 2 MOYENNE D'ÂGE : 36-40 ans

CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE

☐ MONSIEUR ☐ MADAME NOM : _____

PRÉNOM : _____ FONCTION : _____

ADRESSE POSTALE : _____

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : _____ TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE MAIL : _____

SANTÉ

LE BÉNÉFICIAIRE À ASSURER

RÉGIME GÉNÉRAL

LA DATE D'EFFET DU CONTRAT EST : ____/____/____

La date d'effet du contrat ne peut pas être antérieure au mois de réalisation du devis.

LA FORMULE CHOISIE

Cochez la structure de cotisation correspondant à la formule de votre choix		Votre Formule
Structure	Adulte - Enfant	☐ 102,40 € - 61,18 €
de cotisation	Isolé - Famille	☐ 102,40 € - 249,11 €
REGIME Régime général	Unique	☐ 207,97 €

Payable par prélèvement mensuel obligatoire à terme échu.

Les grilles de garanties figurent en annexe aux Conditions Générales.

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

L'entreprise à assurer déclare avoir mise en place un régime de frais de santé et prévoyance obligatoire : soit par voie de conventions ou d'accords collectifs soit par referendum ou par décision Unilatérale constatée par un écrit remis à chaque salarié.

L'entreprise s'engage à déclarer tout sinistre intervenant entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet des garanties mentionnée sur le certificat d'adhésion.

L'entreprise certifie complètes, exactes et sincères les informations figurant ci-dessus et reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle susceptible de changer l'opinion de Henner sur la nature et l'importance du risque entraînera la nullité de son adhésion et la déchéance de tous droits aux prestations.

L'entreprise certifie avoir reçu un exemplaire de la Notice valant Conditions Générales N°18523 et .

L'entreprise demande son adhésion au contrat "VEO 3+ prévoyance" ou au contrat "VEO 3+ Santé Collective" souscrit par l'association la Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) et s'acquitte des frais d'adhésion unique de 3 € inclus dans la première cotisation.

L'entreprise déclare adhérer aux "Services Santé" proposés par Henner en complément du régime Frais médicaux :

- Services des réseaux santé
- Gestion des prestations par échanges de données informatiques.

Ces services sont mis à la disposition de Henner-GMC par la Garantie Médicale et Chirurgicale, association loi 1901. À cet égard la présente demande d'adhésion vaut adhésion à l'association.

Vos données personnelles sont recueillies pour permettre à Henner la prise en compte et le suivi de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent en écrivant à :

Henner GMC
14 bd du Général Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine

. Par ailleurs, sauf opposition de votre part, ces informations pourront être transmises aux entités du groupe Aviva France, à ses distributeurs et à ses partenaires pour vous faire profiter d'autres offres et services. Pour plus d'informations, consulter la notice associée à notre offre.

FAIT À : _____

LE : ____/____/____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT ET CACHET
DE L'ENTREPRISE
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ" :

Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances Siège social :
70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes - 732 020
805 RCS Nanterre

LA GARANTIE MEDICALE ET
CHIRURGICALE
Association régie par la loi du 1er
Juillet 1901, dont le siège social est sis
14 bld du Général Leclerc 92200
Neuilly-sur-Seine.

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, accidents et Risques
Divers au capital social de 168 132 098,28 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly - 92270 Bois-Colombes -
306 522 665 RCS Nanterre

MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez HENNER-GMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de HENNER-GMC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

HENNER-GMC
14 boulevard du Général Leclerc
CS 20058
Neuilly-sur-Seine Cedex
FRANCE

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162

Référence Unique de Mandat

TIERS-CRÉANCIER :

HENNER SAS

LE DÉBITEUR : (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules)

Nom / Prénom : Raison Sociale :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Pays :

Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :

IBAN :

BIC :

Le Tiers-Débiteur (si différent du débiteur) :

Nom / Prénom :

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.

Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le :/...../.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature(s) :

À retourner à :

Groupe HENNER
SOLVISEO
170 rue du Temple
75003 PARIS

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.