



# BULLETIN D'ADHESION A L'ABEILLE DAUPHINOISE

## 2026

N°

☐ Renseignements indispensables, merci de compléter.

- N° d'apiculteur :

- N° SIRET :

- NOMBRE DE RUCHES :

- Vous êtes dans la section (1)

- Votre Année de naissance :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Votre adresse e-mail :

Cocher svp >

J'accepte de recevoir par mail, les convocations aux AG de l'Abeille Dauphinoise et de la SCAPIAD

- ADHESION à l'Abeille Dauphinoise (obligatoire)----- 20,00 €

- G D S A : Groupement de Défense Sanitaire Apicole ----- 22,00 €

Adhésion au Plan Sanitaire d'Elevage (PSE) permettant l'obtention des traitements et des visites sanitaires gratuites. Ce document papier est consultable au GDS ainsi qu'au siège de l'Abeille Dauphinoise. Bon pour accord, cocher svp ==>>>>

- ASSURANCES (voir compléments d'information au verso du présent bulletin)

- Option 1: RESPONSABILITE CIVILE + PROTECTION JURIDIQUE  
Comprise dans l'adhésion à l'Abeille Dauphinoise

- Option 2: OPTION 1 + INCENDIE, TEMPETE, CATASTROPHES NATURELLES, VOL ET DETERIORATION. Dès la première ruche : par ruche 1,51 € X  = ..... €

En remplissant ce formulaire, je reconnais avoir reçu un exemplaire des conditions générales d'assurance qui sont également consultables sur site: <https://abeille-dauphinoise.fr/page/assurances>

- ABONNEMENTS aux REVUES Apicoles Nationales

- Attention : aucun abonnement aux revues ne pourra être pris après le 01 JUIN

Abeille de France	-----	26,00 €	-----	€
Abeilles et Fleurs	-----	31,00 €	-----	€
La Santé de l'Abeille	-----	23,00 €	-----	€
Frais d'envoi Dom Tom par revue	-----	9 €	-----	€

TOTAL A REGLER  €

### Date et signature:

Bulletin à nous retourner avec paiement au choix: voir possibilité au recto de ce bulletin

(1) section : HD=Ht Dauphiné, VI=Vienne, NI=Nord Isère, VO=Voiron, SM=St Marcellin

**Votre agence**

Groupama Rhône-Alpes Auvergne  
50 rue de Saint-Cyr - 69251 Lyon cedex 09  
Tél : 09 74 75 02 73

Conseil pour votre assurance apicole GROUPAMA

Madame, Monsieur,

Vous allez exploiter des ruches pour la saison 2026, compte tenu de ces éléments nous vous conseillons de souscrire la responsabilité civile-protection juridique et nous vous informons qu'il est possible de souscrire à titre complémentaire des garanties dommages aux ruches par le biais de l'option 2 décrite dans cette proposition.

Vos besoins et notre conseil d'assurance sont formalisés sur la proposition qui vous est remise avec le présent document.

En espérant que ces informations vous permettront d'éclairer votre choix d'assurance, nous restons à votre écoute.

Cordialement

Le 15 décembre 2025

Pour la Caisse Locale, par délégation :  
Le Directeur Général de la Caisse Régionale,

**Le Directeur Général**



**Francis Thomine**

Adhésion présentée par le Syndicat d'Apiculture de L'Isère – L'ABEILLE DAUPHINOISE immatriculé au registre des intermédiaires en assurance ORIAS N° 24000770

En application de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, l'assuré peut demander communication et rectification de toutes informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage des assureurs, de leurs mandataires et de leur réassureur ou des organisations professionnelles concernées

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la caisse GROUPAMA Rhône Alpes Auvergne.

L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que : Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraîne la nullité du contrat (art.L113-8 du code des assurances). Toute omission ou déclaration inexacte l'expose à supporter la charge d'une partie des indemnités (art.L113-9 du code des assurances).

L'échéance annuelle est le 31 décembre à zéro heure. Le contrat est conclu pour une durée d'un an.

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées par l'Assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, à la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, et la lutte contre la fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur. Elles sont destinées à votre conseiller et aux services de l'Assureur de chacune de vos garanties (Assurance, Banque & Services) selon finalités et dispositions prévues aux conditions générales/notice d'information remises par votre Assureur et dont vous reconnaissez avoir pris connaissance. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à vos informations, en vous adressant par courrier accompagné de la photocopie de votre pièce d'identité auprès de l'Assureur à l'adresse portée au présent document, ou par le biais de notre site internet.

**Bulletin à nous retourner dûment signé avec paiement au choix :**

- par chèque à l'ordre de l'Abeille Dauphinoise
- par virement : IBAN : FR76 1390 6000 2650 0136 7000 076 BIC/ : AGRIFRPP839

**Libellé pour votre banque : syndicat d'apiculture de l'isère, l'abeille dauphinoise**

**Libellé de votre virement : précisez votre NOM / Prénom / commune.**

**Et Bulletin rempli à envoyer par mail à : [abeille.dauphinoise@gmail.com](mailto:abeille.dauphinoise@gmail.com)**

22 place Bernard Palissy  
38320 POISAT  
Siren :340 147 958

[scapiad@orange.fr](mailto:scapiad@orange.fr)

## Bulletin d'engagement

Part sociale (1.52 euros par tranche de 10 ruches) comprise dans l'adhésion à l'Abeille dauphinoise et rétrocédée à la Scapiad			
Date d'adhésion :	Nombre de part :		
<i>Réservé au conseil d'administration</i>			
Date de validation par le Conseil d'Administration			
Date du passage à coopérateur inactif			
Date de réversion de la part sociale du compte "part sociale" au compte de tiers			

Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Commune	
Courriel	
Téléphone	
N° associé coopérateur	

Je déclare par la présente :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur, des statuts.
- De signaler mes changements de coordonnées par mail ou courrier postal adressé au siège.
- De m'engager pour une durée de trois exercices en respectant les statuts , notamment l'article 8 (Obligation des associés coopérateurs).
- Si je ne participe pas à l'activité de la SCAPIAD sur 3 exercices consécutifs je perds ma qualité d'Associé, les statuts seront appliqués
- J'accepte que la SCAPIAD utilise mon adresse mail uniquement pour m'envoyer les documents relatifs à l'activité de cette dernière.
- Demander au Conseil d'Administration la validation de ma part sociale à la Coopérative Agricole SCAPIAD. Un exemplaire sera envoyé par mail après validation du conseil d'administration.

Signature	Mention " Lu et approuvé "