

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTÉ

CCN des Commerces de Détail Non Alimentaires - CDNA
IDCC : 1517

Volet 2 – Régimes facultatifs

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d'affiliation (volet 2) complété, daté, signé et accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIECES A FOURNIR SELON DOSSIER	
Le mandat de prélèvement SEPA daté et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le paiement des cotisations des options facultatives	
Le certificat de scolarité ou de formation des enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés	
Une attestation de vie maritale, concubinage, PACS (avec justificatif de domicile pour l'ayant droit)	
La copie des attestations du régime d'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale, RSI, ...) des ayants droit assurés du salarié	
La copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du salarié <u>si elle n'a pas déjà été fournie lors de l'affiliation au régime obligatoire</u> (volet 1)	
En cas de non concordance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le document d'adhésion : justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe)	

SANTÉ

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF - SANTE - CCN CDNA - APICIL PREVOYANCE - BIA Volet 2 - 05/02/2018 - SP18/FCR0076

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com





REGIMES FACULTATIFS (volet 2)

À remplir par le salarié et à renvoyer à votre employeur ou votre centre de gestion :
Groupe APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex - Tél. : 04 72 27 72 72 - www.apicil.com

Nouvelle adhésion

Modification garantie

L'ENTREPRISE

Entreprise : N° SIRET :

LE SALARIE

M. Mme N° Client/Adhérent(*) : N° Sécurité sociale :

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Partenaire lié(e) par un PACS Union libre Séparé(e)

En cas de modification de l'adhésion suite au changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

Je reconnais être en possession et avoir pris connaissance de la notice d'information correspondante au régime conventionnel obligatoire de frais de santé **CCN CDNA**, souscrit par mon employeur.

La date d'effet sera le 1^{er} jour du mois souhaité et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de mon bulletin individuel d'affiliation par les services du Groupe APICIL, ou le 1^{er} janvier, dans le respect des dispositions prévues dans les conditions générales du contrat et la notice d'information qui vous a été remise.

Je demande mon adhésion à la couverture complémentaire facultative de frais de santé CCN CDNA auprès d'APICIL Prévoyance Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, à partir du :

Date d'effet demandée :/...../.....

(*) Si déjà connu, indiquer le n° Client/Adhérent figurant sur votre carte de tiers payant du régime de frais de santé souscrit par votre entreprise.

VOTRE OFFRE REGIME FACULTATIF

Votre entreprise a souscrit un contrat frais de santé obligatoire de la branche des Commerces de Détail Non Alimentaires. Vous avez la possibilité de compléter ces garanties en adhérant aux options facultatives suivantes :

- **Extension ayants droit.** Cette option vous permet de couvrir vos ayants droit (conjoint, enfants) sur le niveau de garanties du régime obligatoire choisi par votre entreprise.
- **Régime optionnel.** Cette option vous permet de compléter les garanties du régime obligatoire pour vous et vos ayants droit si vous avez choisi de les couvrir sur les garanties du régime obligatoire.

EXTENSION AYANTS DROIT

Je demande à couvrir mes ayants droit sur le niveau de garantie choisi par l'entreprise : OUI NON

Si oui, quels sont les ayants droit que vous souhaitez assurer : Conjoint(e) Enfants (Nombre d'enfants :)

Le versement de la cotisation correspondante se fait par vous directement.

REGIME OPTIONNEL

Je demande à compléter les garanties du régime obligatoire : OUI NON

Si vous avez choisi l'extension ayants droit, ce régime optionnel couvrira également vos ayants droit.

Le versement de la cotisation correspondante se fait par vous directement.



PERSONNE(S) A GARANTIR

Personnes à garantir	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime Obligatoire SS TNS ⁽¹⁾		Numéro Sécurité sociale ou Régime Obligatoire	Cotisations mensuelles
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vous		/...../.....	<input type="checkbox"/>			Se reporter au document « Vos cotisations régime complémentaire santé CCN CDNA »
Conjoint ⁽²⁾		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1 ^{er} enfant		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 ^e enfant		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 ^e enfant ⁽³⁾		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		GRATUIT

(1) Travailleur Non Salaré. (2) Ou le concubin ou la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS. (3) Gratuité des cotisations à partir du 3^e enfant. Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

PAIEMENT ET PERIODICITE DES COTISATIONS

Vous devez obligatoirement compléter les informations ci-dessous ainsi que le mandat de prélèvement SEPA.

MODE DE PAIEMENT : Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)
 Par prélèvement bancaire : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

DATE DE PAIEMENT : Le 5 du mois Le 15 du mois

CONSEILS A DESTINATION DES SALARIES

CONDITIONS D’AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

Selon les dispositions prévues dans les conditions générales du contrat et la notice d'information qui vous a été remise. Le choix de l'affiliation du conjoint et/ou d'un enfant se fait :

- au moment de l'affiliation du salarié au régime obligatoire
- lors d'un changement de situation familiale* ou administrative*
- lors de la naissance d'un enfant*
- au 1^{er} janvier de chaque année, pour les demandes formulées avant le 31 octobre de l'année précédente.

La radiation du conjoint et/ou d'un enfant intervient :

- lors d'un changement de situation familiale* ou administrative*
- au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre.

* sous réserve que nous soyons prévenus dans les deux mois qui suivent l'événement.

SERVICE NOEMIE :

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale à APICIL Prévoyance, Institution du Groupe APICIL pour obtenir automatiquement vos remboursements complémentaires. Vous bénéficiez gratuitement de ce service ainsi que vos ayants droit figurant sur votre attestation Vitale. Si votre conjoint (et ses ayants droit) ou vos enfants de plus de 16 ans ne sont pas couverts par une autre mutuelle, ils peuvent également bénéficier de ce service en nous adressant une copie de leur attestation Vitale.

Attention ! Si vous ou un membre de votre famille ne souhaitez pas le service NOEMIE, nous vous remercions de nous l'indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d'affiliation.

SIGNATURES

Je signe mon bulletin individuel d'affiliation (ainsi que mes ayants droit) ; je l'envoie avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (ou mon chèque à l'ordre de APICIL Prévoyance) et la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte Vitale.

SALARIE

Date :
Signature :

CONJOINT(E)

Date :
Signature :

ENFANTS DE + DE 16 ANS

Date :
Signature :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à Groupe APICIL, 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire cedex.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats individuels du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL, service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.

SANTÉ

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF - SANTE - CCN CDNA - APICIL PREVOYANCE - BIA Volet 2 - 05/02/2018 - SP18/FCR0076

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com





API0000101848

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER : APICIL PREVOYANCE 38 RUE FRANCOIS PEISSEL 69300 CALUIRE ET CUIRE	N°IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) FR46ZZZ330728
---	--

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL PREVOYANCE à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL PREVOYANCE.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT :

Je prends acte que la référence unique du mandat, relative au présent document, me sera attribuée et communiquée ultérieurement par APICIL PREVOYANCE et en tout état de cause au moins 14 jours avant le premier prélèvement relevant du présent mandat.

Type de mandat : Paiement récurrent / répétitif Paiement unique

PARTIE A COMPLETER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Veillez compléter obligatoirement tous les champs marqués ■

■ Votre nom et prénom :

■ Votre adresse :

Code postal : Ville et pays :

■ Coordonnées du compte à débiter :

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

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

■ Signé le : ■ Lieu de signature :

■ Signature(s) :

Merci de renvoyer ce document dûment complété et signé, obligatoirement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) et d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante :

**GROUPE APICIL
SERVICE CONTRATS INDIVIDUELS
38 RUE FRANCOIS PEISSEL - BP 99
69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

SANTÉ

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF - SANTE - CEN CDNA - APICIL PREVOYANCE - BIA Volet 2 - 05/02/2018 - SP18/FCR0076

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

