

# BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION/RADIATION FRAIS DE SANTÉ

CCN des Ateliers et Chantiers d’Insertion - ACI  
IDCC : 3016

## Volet 1 – Régime conventionnel obligatoire

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d’affiliation (volet 1) complété, daté, signé et accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>	
La copie de l’attestation du régime d’assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale, RSI, ...) du salarié	
Un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) du salarié pour le paiement des prestations de « remboursement des frais de soins »	
Copie recto/verso de la Carte Nationale d’Identité ou du passeport en cours de validité du salarié	
En cas de non concordance entre l’adresse de la pièce d’identité et l’adresse figurant sur le document d’adhésion : <b>justificatif de domicile</b> 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.

OF – SANTE - CCN ACI - APICIL PREVOYANCE – BIA Volet 1 – 03/07/2017 – SP17/FCR0304

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)





**REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (Volet 1)**

**À remplir par l’employeur et le salarié et à renvoyer à votre centre de gestion : Groupe APICIL  
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex – Tél. : 04 72 27 78 78 - www.apicil.com**

**ENTREPRISE**

N° SIRET siège : ..... Tél. : .....  
Raison sociale : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Établissement de rattachement du salarié si différent du siège : .....  
N° SIRET de l’établissement de rattachement : .....  
Personne à contacter pour tout renseignement fourni sur ce bulletin : .....

**SALARIE**

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Numéro de Sécurité sociale : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. : ..... E-mail : .....  
Catégorie d’emploi :  Personnel relevant de l’AGIRC  Personnel ne relevant pas de l’AGIRC

**AFFILIATION**

Date d’affiliation au régime obligatoire conventionnel : ...../...../.....

<b>Contrat à adhésion obligatoire</b> → Cocher le niveau souscrit par l’entreprise	<b>Options à adhésion facultative</b> → À choisir par le salarié sur le bulletin individuel d’affiliation aux régimes facultatifs (volet 2) joint.
<input type="checkbox"/> Base conventionnelle (Formule « Base 1 »)	<ul style="list-style-type: none"><li>Extension ayants droit</li><li>Option 1 ou 2 facultative</li></ul>
<input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 1 obligatoire (Formule « Base 2 »)	<ul style="list-style-type: none"><li>Extension ayants droit</li><li>Option 2 facultative</li></ul>
<input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 2 obligatoire (Formule « Base 3 »)	<ul style="list-style-type: none"><li>Extension ayants droit</li></ul>

**RADIATION**

Date de sortie : ...../...../..... Motif : .....

Si le salarié entre dans le dispositif de portabilité des droits, veuillez compléter le formulaire « Déclaration de portabilité des droits » disponible sur le site [www.apicil.com](http://www.apicil.com)

**CONSEIL À DESTINATION DE L’EMPLOYEUR**

**Envoi d’un bulletin individuel d’affiliation : Quand ? Dans quelles conditions ?**

**L’embauche ou la promotion d’un de vos salariés** doit faire l’objet d’une déclaration par l’intermédiaire du présent bulletin **au plus tôt** ; ces informations sont nécessaires pour ouvrir les droits de vos salariés.

**Le départ d’un de vos salariés** doit faire l’objet d’une déclaration par l’intermédiaire de **votre espace client au plus tôt (www.apicil.com)**.

Cette information est nécessaire pour interrompre les droits et versement des prestations en cas de départ de votre entreprise.

Si vous transmettez cette information via une DSN pour vos contrats santé et/ou prévoyance, inutile de faire cette démarche. La date de radiation de vos collaborateurs sera alors transmise par le biais de la DSN.

**SIGNATURES**

**SIGNATURE DE L’EMPLOYEUR**

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande.

Fait à : ..... le : .....

Cachet et signature de l’employeur :

**SIGNATURE DU SALARIE**

Fait à : ..... le : .....

Signature :

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, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs 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.

**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.

OF – SANTE - CCN ACI - APICIL PREVOYANCE – BIA Volet 1 – 03/07/2017 – SP17/FCR0304

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

