

# BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTÉ

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

## 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
<b>PIECES A FOURNIR SELON DOSSIER</b>	
Le <b>mandat de prélèvement SEPA</b> daté, signé et accompagné d’un <b>Relevé d’Identité Bancaire (RIB)</b>	
Le <b>certificat de scolarité</b> ou de formation des enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés	
Une <b>attestation de vie maritale, concubinage, PACS</b> (avec justificatif de domicile commun pour l’ayant droit)	
La copie <b>des attestations du régime d’assurance maladie obligatoire</b> (Sécurité sociale, RSI, ...) des ayants droit assurés du salarié	
La copie recto/verso de la <b>Carte Nationale d’Identité</b> 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 : <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 2 - 07/07/2017 - SP17/FCR0304

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://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 Ateliers et Chantiers d’Insertion**, souscrit par mon employeur.

La date d’effet sera le 1<sup>er</sup> jour du mois souhaité et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de mon bulletin individuel d’affiliation par les services du Groupe APICIL, ou le 1<sup>er</sup> 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 Ateliers et Chantiers d’Insertion 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 numéro 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 CCN Ateliers et Chantiers d’Insertion. 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.
- **Options facultatives** : ces options vous permettent de compléter les garanties du régime obligatoire pour vous et vos ayants droit si vous avez choisi d’étendre les garanties du régime obligatoire à vos ayants droit.

**EXTENSION AYANTS DROIT**

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

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

**OPTION FACULTATIVE**

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

Si votre entreprise a choisi l’un des contrats à adhésion obligatoire suivants :	Vous pouvez cocher une option à adhésion facultative :
✓ la Base conventionnelle (Formule « Base 1 »)	<input type="checkbox"/> Option 1 ou <input type="checkbox"/> Option 2
✓ la Base conventionnelle + Option 1 (Formule « Base 2 »)	<input type="checkbox"/> Option 2
✓ la Base conventionnelle + Option 2 (Formule « Base 3 »)	Non concerné

Si vous avez choisi l’extension ayants droit, cette option couvrira également vos ayants droit.

**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.



## PERSONNE(S) A GARANTIR

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

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

**Pour les ayants droit, la cotisation mensuelle est la somme des cotisations "Extension ayants droit" et "Option facultative choisie".**

### PAIEMENT ET PERIODICITE DES COTISATIONS

**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

### INFORMATIONS À 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<sup>er</sup> 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 NOÉMIE :

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 NOÉMIE, nous vous remercions de l'indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d'affiliation.**

### SIGNATURE(S)

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.

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 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.

#### 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.



