

DEMANDE INDIVIDUELLE D’AFFILIATION/RADIATION



API0000101444

Hôtels Cafés Restaurants
IDCC : 1979

ADHÉSION OBLIGATOIRE

SANTÉ

PRÉVOYANCE

Vos démarches en ligne dans votre espace client entreprise sur www.apicil.com

CONSEILS À DESTINATION DE L’EMPLOYEUR

Vous adhérez uniquement au régime prévoyance et vous envoyez chaque mois la DSN : inutile d’adresser vos demandes d’affiliation, radiation. **Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la DSN.**

Vous adhérez également au régime frais de santé ou vous n’utilisez pas encore la DSN : merci de transmettre vos demandes d’affiliation, radiation ou portabilité via votre **espace client entreprise sur www.apicil.com** ou par courrier (Groupe APICIL – 38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cedex).

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 : Tél. :

SALARIÉ(E)

Prénom : Nom : Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Numéro de Sécurité sociale : _____

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie Maritale PACSE(E) Nombre d’enfant(s) à charge :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

AFFILIATION

Date d’affiliation du salarié : FRAIS DE SANTÉ :/...../..... PRÉVOYANCE :/...../.....

Catégorie d’emploi : affilié(e) à l’AGIRC (cadre)⁽¹⁾ non affilié(e) à l’AGIRC (non cadre)⁽¹⁾

Date d’entrée dans l’entreprise : ou de promotion dans la catégorie :

Salaire brut annuel :

PARTIE A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ

➤ **Si adhésion au régime « Frais de santé » et que le contrat à adhésion obligatoire souscrit par votre entreprise couvre vos ayants droit merci de renseigner impérativement les coordonnées des personnes à affilier :**

Personnes à garantir	Prénom et Nom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime obligatoire		Numéro de Sécurité sociale ou du régime obligatoire
				SS	TNS ⁽²⁾	
Conjoint ⁽³⁾		/...../.....	<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 ⁽⁴⁾		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

➤ **Si l’adhésion au régime « Frais de santé » de votre entreprise le permet souhaitez-vous la mise en place d’une surcomplémentaire ? OUI* NON**

➤ **Si l’adhésion au régime « Frais de santé » de votre entreprise ne couvre pas vos ayants droit souhaitez-vous la mise en place de l’option extension famille ? OUI* NON**

*merci de compléter le bulletin individuel d’affiliation au régime facultatif prévu à cet effet

⁽¹⁾ Tel que défini par l’accord de Branche - ⁽²⁾ Travailleur Non Salarié - ⁽³⁾ A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le membre participant a conclu un PACS - ⁽⁴⁾ Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre



PIÈCES À JOINDRE

- La **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 : **justificatif de domicile de moins de 3 mois** (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe)
- La **copie de l'attestation du régime d'assurance maladie obligatoire** (Sécurité sociale, RSI,) du salarié et de ses ayants droit (conjoint, concubin, PACSE et enfants à charge fiscale ou sociale, non salariés, de plus de 16 ans)
- Un **certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans et jusqu'à leur 26^e anniversaire**, s'ils poursuivent leurs études
- **Le Relevé d'Identité Bancaire** (RIB) du salarié et de ses ayants droit pour le paiement des prestations de « remboursement des frais de soins ».

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

CONSEILS À DESTINATION DU SALARIÉ

✓ CONDITIONS D'AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

- L'affiliation du conjoint et/ou d'un enfant se fait :
 - Au moment de l'affiliation du salarié
 - Lors d'un changement de situation familiale**
 - Lors de la naissance d'un enfant**
 - Lorsque le conjoint ne bénéficie plus de sa propre complémentaire santé**
 - Un rajout de bénéficiaire (en dehors des cas énoncés ci-dessus) se fait 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**
 - Lorsque le conjoint est affilié à une complémentaire santé obligatoire**
 - Au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre
- **sous réserve que la demande nous soit faite dans le mois qui suit l'évènement

✓ GARANTIE PRÉVOYANCE (uniquement pour le régime supérieur) : le questionnaire médical doit impérativement être renvoyé avec la demande d'affiliation sous un délai de 30 jours.

✓ PORTABILITE DES DROITS

Un formulaire spécifique est disponible sur notre site www.apicil.com

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 SALARIÉ

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Fait à : le :/...../.....

Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectif 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.