



**Esthétique-cosmétique et enseignement associé  
IDCC 3032**

**GROUPE APICIL - 38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cedex**  
Gestionnaire du régime conventionnel pour le compte d’HUMANIS prévoyance et de l’OCIRP

**CONSEIL À DESTINATION DE L’EMPLOYEUR**

**Vous envoyez chaque mois la DSN (Déclaration Sociale Nominative) : inutile d’adresser vos demandes d’affiliation, radiation ou portabilité. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la DSN.**

**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](http://www.apicil.com) ou par courrier à l’adresse ci-dessus.**

**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**

Catégorie d’emploi :  Salarié ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14/03/1947 (non cadre) et **ayant 1 an d’ancienneté dans l’entreprise**  
Date d’entrée dans l’entreprise : ..... ou de promotion dans la catégorie : .....  
Date d’affiliation retenue (1) : ..... Salaire brut annuel : .....  
Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Numéro de Sécurité sociale : [ ]  
Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : ..... Pays : .....  
 Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie Maritale  PACSE Nombre d’enfants à charge .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

(1) 1 an d’ancienneté requis dans l’entreprise pour bénéficier du régime de prévoyance

**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)

**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 données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l’exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu’aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu’aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).  
Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.  
Le participant peut demander l’accès, la rectification, l’effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à : GROUPE APICIL - Délégue à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE. Plus de détails sur <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>