

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION/RADIATION FRAIS DE SANTE

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

Volet 1 – Régime conventionnel obligatoire

Entreprise

Frais de santé



APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le
titre III du livre IX du Code de la Sécurité
sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE
N° 321 862 500

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

CCN des Commerces de Détail Non Alimentaires - CDNA



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE INDIVIDUELLE D’AFFILIATION

| Merci de renvoyer votre demande individuelle d’affiliation/radiation (volet 1) complétée, datée et signée , accompagné des documents mentionnés ci-dessous | Réservé au centre de gestion |
|--|-------------------------------------|
| PIÈCES OBLIGATOIRES | |
| La copie de l’attestation du régime d’assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale, RSI, etc.) du salarié membre participant | |
| 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 : justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe) | |



REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (Volet 1)

À remplir par le salarié et l’entreprise et à renvoyer au 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 : _____
Dénomination ou raison sociale :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Etablissement de rattachement du salarié si différent :
N° SIRET : _____ Raison sociale :
Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :

SALARIE(E)

M. Mme N° Sécurité sociale ou régime obligatoire : _____
Nom : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance : _____
Lieu de naissance (Code postal/Ville/Pays) :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Catégorie d’emploi : Cadre Non-cadre

AFFILIATION

Date d’affiliation au régime obligatoire conventionnel : _____

| Contrat à adhésion obligatoire | Options à adhésion facultative → À choisir par le salarié → Compléter le bulletin individuel d’affiliation au régime facultatif (volet 2) <u>La cotisation sera payée directement par le salarié.</u> |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Base conventionnelle | ⇒ • Extension ayants droit • Optionnel |
| <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option | ⇒ • Extension ayants droit |

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 A DESTINATION DE L'ENTREPRISE

QUAND ET POURQUOI NOUS TRANSMETTRE CE BULLETIN ?

■ **Vous utilisez la DSN** : l'embauche ou la promotion d'un de vos salariés doit faire l'objet d'une déclaration, au plus tôt, par l'intermédiaire du présent bulletin accompagné des pièces demandées.

Lors du départ d'un de vos salariés, il est inutile d'adresser ce bulletin. Les informations seront transmises automatiquement par le biais de la première DSN.

■ **Vous n'utilisez pas encore la DSN** : l'embauche ou la promotion d'un de vos salariés doit faire l'objet d'une déclaration, au plus tôt, par l'intermédiaire du présent bulletin.

Le départ d'un de vos salariés doit faire l'objet d'une déclaration par l'intermédiaire du présent bulletin à déposer au plus tôt dans votre espace client (www.apicil.com), avec la date et le motif du départ. Cette information est nécessaire pour interrompre les droits et versement des prestations en cas de départ de votre entreprise.

Nous attirons votre attention sur l'importance et la précision de ces informations qui nous permettent :

- d'ouvrir au plus tôt les droits à prestations de vos salariés bénéficiaires des contrats,
- d'interrompre les droits et le versement de prestations aux salariés ayant quitté votre entreprise ou qui ne bénéficient plus des contrats au regard de leur nouvelle situation.

SIGNATURES

Le présent bulletin individuel d'affiliation/radiation (volet 1) doit être renvoyé dûment complété et signé, au centre de gestion accompagné des pièces justificatives demandées.

EMPLOYEUR

Nous certifions exactes les informations portées sur ce bulletin et **conservons une copie du présent document.**

Date : _____

Signature* :

SALARIÉ(E)

Date : _____

Signature* :

*Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé »

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 collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance - Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire**. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/>