

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

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

Volet 2 – Régime facultatif

Entreprise

Frais de santé



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d’affiliation complété, daté et signé , accompagné des documents mentionnés ci-dessous	Réservé au centre de gestion
PIÈCES OBLIGATOIRES	
Le mandat de prélèvement SEPA daté, signé et accompagné d’un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) pour le paiement des cotisations des options facultatives	
La copie de l’ attestation du régime d’assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale, RSI, etc.) des personnes à garantir	
La copie d’une pièce d’identité en cours de validité : carte nationale d’identité (recto/verso) ou passport du salarié <u>si elle n’a pas déjà été fournie lors de l’affiliation au régime obligatoire</u> (volet 1)	
PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
Le certificat de scolarité ou de formation des enfants de plus de 16 ans personnellement immatriculés	
Un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) du salarié pour le paiement des prestations de « remboursement des frais de soins », si différent de celui fourni avec le mandat SEPA	
Si le nom du conjoint* est différent de celui de l’assuré(e) : une attestation de mariage (copie du livret de famille ou certificat de mariage), PACS (copie de la convention de PACS), concubinage (attestation sur l’honneur de vie maritale et copie d’un justificatif mentionnant les deux noms à la même adresse) * Ou le concubin, ou la personne avec laquelle l’assuré(e) a conclu un PACS	
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 trois mois (facture d’électricité, service des eaux ou téléphonie, bail, avis d’imposition)	

CCN CDNA

REGIME FACULTATIF (volet 2)

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date du devis :	

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 affiliation

Modification d’affiliation

ENTREPRISE

Entreprise : N° SIRET : _____

SALARIÉ(E)

M. Mme N° Client/Adhérent * : _____

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

En cas de modification de l’adhésion à la suite d’un changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

.....

* Si déjà connu, indiquer le N° Client/Adhérent figurant sur votre carte de tiers payant du régime de frais de santé souscrit par votre entreprise.

GARANTIES FACULTATIVES RETENUES

Votre entreprise a souscrit un contrat frais de santé obligatoire de la CCN CDNA.

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.
- **Option facultative** : cette option vous permet 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 garantie choisi par l’entreprise : OUI NON

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

Le versement de la cotisation correspondante se fait par vous directement.

OPTION FACULTATIVE

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

Si vous avez choisi l’extension ayants droit, ce régime optionnel couvrira également vos ayants droit.

Le versement de la cotisation correspondante se fait par vous directement.

PERSONNE(S) À GARANTIR ET COTISATIONS

Personne(s) à garantir	Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime obligatoire (1)	Numéro Sécurité sociale ou régime obligatoire	Cotisations mensuelles
Assuré(e)							Se reporter au document « vos cotisations régime frais de santé CCN CDNA »
Conjoint (2)							
1 ^{er} enfant							
2 ^e enfant							
3 ^e enfant (3)							GRATUIT

(1) **RG** = Régime Général ou **RSI** = Régime Social des Indépendants (TNS) ou **AM** = Régime local d'Alsace Moselle

(2) Ou le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un PACS

(3) Gratuité des cotisations à partir du 3^e 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 » choisies.

PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS

Vous devez obligatoirement compléter les informations ci-dessous ainsi que le mandat de prélèvement SEPA si vous optez pour le mode de paiement « par prélèvement bancaire ».

MODE DE PAIEMENT :

Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)

Par prélèvement bancaire : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

DATE DE PRÉLÈVEMENT :

Le 5 du mois Le 15 du mois

DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information correspondant au régime conventionnel obligatoire de frais de santé CCN CDNA souscrit par mon employeur.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si les options facultatives proposées en complément du régime obligatoire santé souscrit par mon employeur sont cohérentes avec mes besoins et ma situation.

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement des cotisations, dès lors que celles prévues au régime conventionnel de base obligatoire débutent si vous en exprimez la demande simultanément. Par la suite, vous pourrez choisir d'adhérer au 1^{er} janvier de chaque année ou lors d'un changement familial, dans le respect des dispositions prévues dans la notice d'information qui vous a été remise.

Je demande mon adhésion aux options facultatives frais de santé CCN CDNA à partir du :

Date d'effet souhaitée : _____

Je signe mon bulletin individuel d'affiliation ; je l'envoie au centre de gestion dûment complété et signé, avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (ou mon chèque à l'ordre de APICIL Prévoyance) accompagné des pièces justificatives demandées et **je conserve une copie du présent document.**

Je déclare avoir informé mes ayants droit (conjoint/enfant-s) de cette démarche.

SALARIÉ(E)

Date : _____

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

FACULTÉ DE RENONCIATION

Article L 932-15-2 du Code de la Sécurité sociale :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à une opération individuelle ou à une opération collective à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En application de ce texte, vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat en notifiant votre souhait à l'assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au centre de gestion, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, téléphone), déclare renoncer à mon adhésion au contrat XXX référencé (numéro de contrat) du (date). Aussi, je vous prie de bien vouloir annuler cette adhésion et me rembourser l'intégralité des cotisations versées. Date et signature. ».

Le courrier est à envoyer à : Groupe APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

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/>

CONSEILS À DESTINATION DES SALARIÉS

CONDITIONS D’AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

Selon les dispositions prévues dans 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*
- lors de la naissance d’un enfant*
- 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*
- 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 NOEMIE

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale au 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 NOEMIE, nous vous remercions de nous l’indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d’affiliation.

