



## GARANTIES SANTÉ COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DES TRANSPORTS ROUTIERS ET DES ACTIVITÉS AUXILIAIRES DE TRANSPORT (IDCC 16)

Assureur :  APICIL PRÉVOYANCE, institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

MICILS, mutuelle n° 302 927 553 régie par le Code de la Mutualité

Collège assuré	Nom du produit <sup>(2)</sup>	Effectif assuré	Taux de cotisations <sup>(3)</sup> en % du PMSS <sup>(4)</sup>					Date d'effet demandée <sup>(5)</sup>
			Adulte/Enfant		Isolé/Famille		Prime unique famille	
			Adulte	Enfant <sup>(6)</sup>	Isolé	Famille		
<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(1)</sup>	<b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Non cadres <sup>(1)</sup>	<b>Régime de base</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 <b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	<b>Régime de base</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 <b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....

<sup>(1)</sup> Tel que défini dans l'accord de branche - <sup>(2)</sup> Joindre obligatoirement le barème de prestations - <sup>(3)</sup> Toutes taxes en vigueur comprises

<sup>(4)</sup> Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - <sup>(5)</sup> Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande - <sup>(6)</sup> Gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant

### DÉCLARATION/SIGNATURE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement d'APICIL Prévoyance/statuts MICILS et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Le non-respect des formalités de déclaration lors de la souscription, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'appréciation du risque garanti ou à en fausser l'appréciation entraînent la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits à prestations.

Fait à : ..... le : .....

Cachet de l'entreprise :

Signature \* :

\*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le Responsable du service de gestion contrats individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et de vos 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 pour des motifs légitimes vous opposer au traitement des données vous concernant.

### 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

**MICILS** - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité - inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

38 rue François Peissel  
BP99  
69646 Caluire et Cuire Cedex  
www.apicil.com





## GARANTIES SANTÉ COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DES TRANSPORTS ROUTIERS ET DES ACTIVITÉS AUXILIAIRES DE TRANSPORT (IDCC 16)

Assureur :  APICIL PRÉVOYANCE, institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

MICILS, mutuelle n° 302 927 553 régie par le Code de la Mutualité

Collège assuré	Nom du produit <sup>(2)</sup>	Effectif assuré	Taux de cotisations <sup>(3)</sup> en % du PMSS <sup>(4)</sup>					Date d'effet demandée <sup>(5)</sup>
			Adulte/Enfant		Isolé/Famille		Prime unique famille	
			Adulte	Enfant <sup>(6)</sup>	Isolé	Famille		
<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(1)</sup>	<b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Non cadres <sup>(1)</sup>	<b>Régime de base</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 <b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	<b>Régime de base</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 <b>Régime amélioré</b> <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2	.....	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	...../...../.....

<sup>(1)</sup> Tel que défini dans l'accord de branche - <sup>(2)</sup> Joindre obligatoirement le barème de prestations - <sup>(3)</sup> Toutes taxes en vigueur comprises

<sup>(4)</sup> Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - <sup>(5)</sup> Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande - <sup>(6)</sup> Gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant

### DÉCLARATION/SIGNATURE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement d'APICIL Prévoyance/statuts MICILS et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Le non-respect des formalités de déclaration lors de la souscription, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'appréciation du risque garanti ou à en fausser l'appréciation entraînent la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits à prestations.

Fait à : ..... le : .....

Cachet de l'entreprise :

Signature \* :

\*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le Responsable du service de gestion contrats individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et de vos 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 pour des motifs légitimes vous opposer au traitement des données vous concernant.

### 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

**MICILS** - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité - inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Réf. : OF - DA COLL SANTE - TRANSPORT ROUTIER - IDCC 16 - 11/2017 - SP17/FCR0577

38 rue François Peissel  
BP99  
69646 Caluire et Cuire Cedex  
www.apicil.com

