BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/RADIATION

CCN des organismes de formation
IDCC : 1516

Volet 1 – Régime conventionnel obligatoire

Entreprise

☒ Frais de santé

CCN des organismes de formation

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, Régime local d'Alsace Moselle, etc.) du salarié membre participant	
Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** du salarié pour le paiement des prestations de « remboursement des frais de soins »	

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/ RADIATION CCN ORGANISMES DE FORMATION

APICIL PRÉVOYANCE

FRAIS DE SANTE

API0000101444

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 (pour faciliter nos échanges) : .....

Catégorie d'emploi : ☐ Cadre ☐ Non-cadre

AFFILIATION

Date d'affiliation au régime obligatoire conventionnel : ...../...../.....

Contrat à adhésion obligatoire ☑ Cocher le niveau souscrit par l'entreprise	**Options à adhésion facultative** ➔ À choisir par le salarié sur le bulletin individuel d'affiliation aux régimes facultatifs (volet 2) joint.
☐ Base conventionnelle (Niveau 1)	▪ Extension ayants droit ▪ Option 1 ou 2 facultative
☐ Base conventionnelle + option 1 obligatoire (Niveau 2)	▪ Extension ayants droit ▪ Option 2 facultative
☐ Base conventionnelle + option 2 obligatoire (Niveau 3)	▪ 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	SALARIÉ(E)
Nous certifions exactes les informations portées sur ce bulletin et **conservons une copie du présent document**.	
Date : __/__/____	**Date :** __/__/____
Signature* :	**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/**