

BULLETIN D'ADHÉSION FRAIS DE SANTÉ - EEP SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS SOUS CONTRAT ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIÉ

CONTRAT N° :		ÉTABLISSEMENT N° :	
L'établissement ci-après dénommé l'adhérent :			
Nom ou Raison Sociale :			
Enseigne commerciale (le cas échéant) :		Forme juridique :	
Adresse du Siège Social :		Adresse de correspondance (si différente) :	
Téléphone :			
Email :			
N° SIREN :	Code NIC :	Code NAF :	N° UAI :
représenté par :		agissant en qualité de :	
ayant tout pouvoir pour engager l'établissement.			
1) Déclare (cochez la case correspondante) - Nous contacter en cas de situation mixte			
<input type="checkbox"/> Relever du régime agricole (MSA)		<input type="checkbox"/> Relever du Régime Général de la Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Relever du Régime Local de la Sécurité sociale (Alsace-Moselle)
<input type="checkbox"/> Relever du champ d'application de l'accord collectif (cocher l'IDCC ou les IDCC dont l'établissement relève, sur le tableau se trouvant au verso).			
<input type="checkbox"/> Ne pas relever du champ d'application de l'accord collectif tel qu'indiqué ci-dessus mais être autorisé par la Commission Paritaire Nationale Santé à adhérer au régime Frais de Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat. Votre établissement doit alors figurer sur le fichier des cas dérogatoires communiqué par la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.			
* Vous ne pouvez pas souscrire le présent contrat, si vous ne relevez d'un des deux cas indiqués ci-dessus.			
2) Adhère auprès d'APICIL Prévoyance ci-après dénommé organisme recommandé au titre du régime EEP Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat.			
Nombre de cadres :		Nombre de non-cadres :	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>		<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
3) À fait le choix du niveau de couverture obligatoire suivant :			

En application de l'accord du 31 janvier 2022, vous devez au minimum souscrire au régime socle obligatoire (la couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour un salarié affilié au régime général quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié). Vous avez également la possibilité d'améliorer le régime obligatoire.

Régime socle obligatoire

- Autre choix à préciser :**
- Socle obligatoire avec taux de participation employeur :%
 - Option 1 obligatoire avec taux de participation employeur :%
 - Option 2 obligatoire avec taux de participation employeur :%
 - Option 3 obligatoire avec taux de participation employeur :%

Ces choix résultent : d'un accord collectif d'une décision unilatérale d'entreprise

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

DATE D'EFFET SOUHAITÉE : 01 /..... /202... **L'adhérent relève de l'IDCC (ou des IDCC) suivant(s) :**

Cochez	Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
	3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif ⁽¹⁾
	7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
		Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique
		Statut du chef d'établissement d'un établissement du CNEAP ⁽²⁾

(1) Instituts et Universités catholiques, Etablissements ayant majoritairement des classes sous contrat avec l'Etat, les structures et notamment les centres de formation qui leur sont rattachés ainsi que les structures concourant au fonctionnement des établissements ayant majoritairement des classes sous contrat de l'enseignement général, technologique et professionnel (FNOGEC, organisations professionnelles de chefs d'établissement, UDOGEC, UROGEC, DDEC, ISFEC, Formiris etc.)

(2) Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé.

L'adhérent

- déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé version 01-2022, dont le texte est joint au présent bulletin.

La garantie concerne l'ensemble du personnel salarié :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période : d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé de solidarité familiale, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire) , d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020),
- affilié à la Sécurité Sociale.

- reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information version 01-2022 à remettre à ses salariés et qu'il a pris connaissance de l'obligation de remettre la notice à chaque salarié contre récépissé.

Documents à joindre :

L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, le présent contrat d'adhésion doit être signé par un représentant légal de celle-ci ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à leurs partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées. Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à dpo@apicil.com ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) – Direction des Systèmes d'Information – 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles

RÉSERVÉ À L'ADHÉRENT	RÉSERVÉ À L'ORGANISME RECOMMANDÉ
Signature du Responsable (<i>cachet de l'adhérent</i>)	Signature du Responsable
Nom :	Nom :
Fonction :	Fonction :

Bulletin à remplir par l'entreprise et à renvoyer à :

Groupe APICIL
À l'attention de Morgane MUNOZ
51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568 - 69501 LYON CEDEX 03

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
 TSA 95568
 69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com