

DEMANDE INDIVIDUELLE D’AFFILIATION/RADIATION



PREVOYANCE FRAIS DE SANTE

Comme vous !

Document à retourner complété et signé à :

GRUPE APICIL - 38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cédex

L’AFFILIATION ET LA RADIATION DE VOS SALARIES DIRECTEMENT EN LIGNE SUR WWW.APICIL.COM DANS VOTRE ESPACE CLIENT ENTREPRISE

ENTREPRISE	N° SIRET.....	
Raison sociale		
Adresse		
Code postal	Ville	E-mail
Lieu de travail ou établissement de rattachement		
Personne à contacter pour tout renseignement		N° de tél.
Si Frais de santé : mode de cotisation choisi		
<input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Adulte/Enfant <input type="checkbox"/> Isolé/Couple/Famille <input type="checkbox"/> Isolé/Famille <input type="checkbox"/> Isolé/Conjoint/Enfant		
Date d’affiliation du salarié : Régime Prévoyance :		Régime Frais de Santé :

SALARIE	<input type="checkbox"/> Cadre ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non cadre ⁽²⁾		
Date d’entrée ou de promotion dans l’entreprise		Salaire brut annuel ⁽³⁾		
Nom		Nom de jeune fille	Prénom	
Né(e) le		Numéro de Sécurité sociale		
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> PACSE		Nombre d’enfants à charge		
Adresse				
Code Postal		Ville	N° de tél.	E-mail
Frais de santé : si le contrat le prévoit, souhaitez-vous la mise en place d’une option / renfort <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

⁽¹⁾Salarié relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947 ⁽²⁾Salarié ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947 ⁽³⁾A préciser lors d’une adhésion à une garantie prévoyance

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		

FRAIS DE SANTE (à remplir par le salarié) Si le contrat de votre entreprise couvre les ayants droit, merci de renseigner impérativement les coordonnées des personnes à affilier à la Complémentaire santé :

Bénéficiaire*	Nom	Nom de jeune fille	Prénom	Date et lieu de naissance	N° de Sécurité sociale

* Conjoint, concubin, PACSE, enfant.... Seules les personnes inscrites ci-dessus bénéficieront des garanties.

PIECE A JOINDRE

- Un Relevé d’Identité Bancaire
- Une photocopie de l’attestation de droit accompagnant votre carte vitale et une photocopie de celle de vos ayants droit (conjoint, concubin, PACSE et enfants à charge fiscale ou sociale, non salariés, de plus de 16 ans)
- Si vous n’êtes pas marié, un certificat de vie commune ou une attestation sur l’honneur accompagnée d’un justificatif de vie commune (facture de téléphone ou d’EDF ou photocopie de bail ou RIB établi aux deux noms ou la copie du jugement du tribunal pour les partenaires liés par un PACS)
- Un certificat de scolarité ou d’apprentissage pour les enfants de plus de 20 ans et jusqu’à leur 26^{ème} anniversaire, s’ils poursuivent leurs études

SERVICE NOEMIE Oui Non Voir modalités pratiques au verso

Signature de l’employeur

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande
Fait à Le
Cachet et signature de l’employeur

Signature du salarié

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande
Fait à Le
Signature

CONSEILS A DESTINATION DE L'ENTREPRISE

Nous vous rappelons que les modifications déclarées uniquement par le biais de la déclaration de salaires ne seront pas prises en compte. Il est impératif de nous les signaler à l'aide du présent document.

QUAND ET POURQUOI NOUS TRANSMETTRE CETTE DEMANDE ?

Lors de chaque modification intervenue au sein de votre effectif au plus tard la semaine qui suit : embauche, départ, promotion, changement de situation de vos salariés, lorsque la date d'effet a un impact sur l'assiette des cotisations ou le bénéfice de certains contrats, indiquez la date et le motif correspondant, par exemple en cas de départ : démission, fin de contrat, départ en congé sans solde.

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 le versement de prestations aux salariés ayant quitté votre entreprise**, ou qui ne bénéficient plus des contrats au regard de leur nouvelle situation.

CONSEILS A DESTINATION DES SALARIES

CONDITIONS D'AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

Le choix de l'affiliation du conjoint et/ou d'un enfant se fait :

- au moment de l'affiliation du salarié
- lors d'un changement de situation familiale*
- lors de la naissance d'un enfant*
- lorsque le conjoint ne bénéficie plus de sa propre complémentaire santé*

Un rajout de bénéficiaire (en dehors des cas énoncés ci-dessus) se fait 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 de famille*
- lorsque le conjoint est affilié à une complémentaire santé obligatoire*
- au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre

*sous réserve que la demande nous soit faite dans le mois qui suit l'évènement

GARANTIE CHOISIE

Indiquez le choix de garantie : Prévoyance, Frais de santé si votre situation permet une adhésion facultative aux garanties Frais de santé.

Garantie Prévoyance : le Questionnaire Médical doit impérativement être retourné avec la demande d'affiliation sous un délai de 30 jours.

PORTABILITE DES DROITS

Un formulaire spécifique est disponible sur notre site www.apicil.com

SERVICE NOEMIE

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

CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le Responsable de Traitement est le responsable du service de Gestion Contrats Collectifs. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations, et sont destinées au Groupe APICIL, ses partenaires, prestataires et réassureurs.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous et vos bénéficiaires 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.