DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 - IDCC : 413

☒ Frais de Santé

☒ MUTUELLE INTÉGRANCE

MUTUELLE INTEGRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900, Siège social : 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18, substituée pour la constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°302 927 553, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire .

La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Groupe APICIL

mutuelle intégrance

L'esprit de solidarité

mutuelle intégrance
Groupe APICIL
L'esprit de solidarité

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

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Exemplaire à conserver par l'entreprise

Établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 - IDCC : 413

☐ Modification de Garanties ☐ Nouvelle Adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dénomination ou raison sociale : .....

Forme juridique : ..... Date de création de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... E-mail : .....

Nom du dirigeant : ..... Agissant en qualité de : .....

Régime social du dirigeant : ☐ SS ☐ TNS Si gérant : ☐ Majoritaire ☐ Minoritaire

Organisme de régime obligatoire : .....

Code NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC : ..... Convention collective appliquée par l'entreprise : .....

N° d'immatriculation au RCS / RM : .....

L'entreprise poursuit-elle l'exploitation d'un prédécesseur ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre le justificatif. A défaut, indiquer la raison sociale, l'adresse et le N° SIREN du prédécesseur : .....

.....

Préciser la nature de l'opération intervenue avec le prédécesseur (achat, location-gérance, apport de fonds de commerce en totalité ou en partie,...)

.....

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : ..... Correspondant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail : .....

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : .....

Effectif Personnel relevant de l'AGIRC : ..... Effectif Personnel ne relevant pas de l'AGIRC : .....

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

GARANTIES SANTE COLLECTIVE
RÉSERVÉES AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'avenant n° 328 à la CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 relatif aux régimes de frais de santé.

COLLÈGE ASSURÉ		☐ ENSEMBLE DU PERSONNEL - Effectif : ..... ☐ PERSONNEL RELEVANT DE L'AGIRC - Effectif : ..... ☐ PERSONNEL NE RELEVANT PAS DE L'AGIRC - Effectif : .....
RÉGIME OBLIGATOIRE		☐ Régime Général ☐ Régime Local Alsace-Moselle
CONTRAT COLLECTIF À ADHESION OBLIGATOIRE	GARANTIES (1)	☐ Base conventionnel ☐ Base + Option 1 obligatoire ☐ Base + Option 2 obligatoire
	TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS	☐ Salarié : .....
CONTRAT COLLECTIF À ADHESION FACULTATIVE	GARANTIES	Extension Ayants droit
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Conjoint / Enfant : ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 1 facultative
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 2 facultative
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 2 facultative si option 1 obligatoire
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
DATE D'EFFET DEMANDÉE (3)		...../...../.....

(1) joindre impérativement le barèmes des garanties - (2) toutes taxes comprises (CMU et TCA) en vigueur - (3) au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de ..... représentant l'entreprise .... , ci-dessus nommée, demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire, au contrat régime d'accueil (article 4 Loi Evin) ainsi qu' au contrat collectif à adhésion facultative du régime frais de santé de la convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, auprès de la Mutuelle INTEGRANCE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900, siège social : 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18, substituée pour la constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, mutuelle immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°302 927 553, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'avenant N° 328 du 01/09/2014, agréé le 30/12/2014, mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. L'entreprise s'engage à informer le Groupe APICIL, centre de gestion de la Mutuelle INTEGRANCE, des nouveaux salariés embauchés, dans les trois mois suivant la date à laquelle ils ont acquis l'ancienneté de 3 mois, ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. Dès l'enregistrement de l'adhésion, le Groupe APICIL adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé choisi par l'entreprise, ainsi que les statuts de la Mutuelle INTÉGRANCE. Cette notice et ces statuts doivent être obligatoirement remis à chaque salarié par l'entreprise.

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion sont strictement conformes à la réalité et qu'elles sont seules de nature à permettre à la Mutuelle INTEGRANCE de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

La Mutuelle INTEGRANCE s'engage à respecter les dispositions de l'accord conventionnel de frais de santé et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

Fait à : ..... Le : .....

Cachet de l'entreprise : Signature :

*Si le signataire est autre 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 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.

mutuelle intégrance
Groupe APICIL
L'esprit de solidarité

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

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Exemplaire à remettre au Groupe APICIL

Établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 - IDCC : 413

☐ Modification de Garanties ☐ Nouvelle Adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dénomination ou raison sociale : .....

Forme juridique : ..... Date de création de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... E-mail : .....

Nom du dirigeant : ..... Agissant en qualité de : .....

Régime social du dirigeant : ☐ SS ☐ TNS Si gérant : ☐ Majoritaire ☐ Minoritaire

Organisme de régime obligatoire : .....

Code NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC : ..... Convention collective appliquée par l'entreprise : .....

N° d'immatriculation au RCS / RM : .....

L'entreprise poursuit-elle l'exploitation d'un prédécesseur ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre le justificatif. A défaut, indiquer la raison sociale, l'adresse et le N° SIREN du prédécesseur : .....

.....

Préciser la nature de l'opération intervenue avec le prédécesseur (achat, location-gérance, apport de fonds de commerce en totalité ou en partie,...)

.....

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : ..... Correspondant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail : .....

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : .....

Effectif Personnel relevant de l'AGIRC : ..... Effectif Personnel ne relevant pas de l'AGIRC : .....

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

GARANTIES SANTE COLLECTIVE
RÉSERVÉES AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'avenant n° 328 à la CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 relatif aux régimes de frais de santé.

COLLÈGE ASSURÉ		☐ ENSEMBLE DU PERSONNEL - Effectif : ..... ☐ PERSONNEL RELEVANT DE L'AGIRC - Effectif : ..... ☐ PERSONNEL NE RELEVANT PAS DE L'AGIRC - Effectif : .....
RÉGIME OBLIGATOIRE		☐ Régime Général ☐ Régime Local Alsace-Moselle
CONTRAT COLLECTIF À ADHESION OBLIGATOIRE	GARANTIES (1)	☐ Base conventionnel ☐ Base + Option 1 obligatoire ☐ Base + Option 2 obligatoire
	TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS	☐ Salarié : .....
CONTRAT COLLECTIF À ADHESION FACULTATIVE	GARANTIES	Extension Ayants droit
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Conjoint / Enfant : ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 1 facultative
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 2 facultative
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
	GARANTIES	Option 2 facultative si option 1 obligatoire
	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU PMSS	☐ Salarié / Conjoint / Enfant : ..... / ..... / .....
	COTISATION VERSEE PAR	☐ Employeur ☐ Salarié
DATE D'EFFET DEMANDÉE (3)		...../...../.....

(1) joindre impérativement le barèmes des garanties - (2) toutes taxes comprises (CMU et TCA) en vigueur - (3) au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de ..... représentant l'entreprise .... , ci-dessus nommée, demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire, au contrat régime d'accueil (article 4 Loi Evin) ainsi qu' au contrat collectif à adhésion facultative du régime frais de santé de la convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, auprès de la Mutuelle INTEGRANCE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900, siège social : 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18, substituée pour la constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, mutuelle immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°302 927 553, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'avenant N° 328 du 01/09/2014, agréé le 30/12/2014, mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. L'entreprise s'engage à informer le Groupe APICIL, centre de gestion de la Mutuelle INTEGRANCE, des nouveaux salariés embauchés, dans les trois mois suivant la date à laquelle ils ont acquis l'ancienneté de 3 mois, ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. Dès l'enregistrement de l'adhésion, le Groupe APICIL adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé choisi par l'entreprise, ainsi que les statuts de la Mutuelle INTÉGRANCE. Cette notice et ces statuts doivent être obligatoirement remis à chaque salarié par l'entreprise.

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion sont strictement conformes à la réalité et qu'elles sont seules de nature à permettre à la Mutuelle INTEGRANCE de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

La Mutuelle INTEGRANCE s'engage à respecter les dispositions de l'accord conventionnel de frais de santé et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

Fait à : ..... Le : .....

Cachet de l'entreprise : Signature :

*Si le signataire est autre 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 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.

Fiche de liaison

LISTE DES PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

1. Demande d'adhésion complétée et signée

2. Un extrait K-BIS de moins de 3 mois :
   - ou à défaut le justicatif d'inscription au RCS / RM
   - ou à défaut la notification d'inscription INSEE

3. Photocopie de la Carte Nationale d'Identité du ou des dirigeant(s)

4. Une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et adresse des membres participants, ainsi que la date d'embauche ou une photocopie de la DADS

5. Les demandes individuelles d'affiliation Frais de Santé, avec :
   - Le RIB de chaque salarié,
   - L'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié
   - Le mandat de prélèvement SEPA si paiement des options facultatives par le salarié

6. Pièces justificatives dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption)

7. Autres : .....

* La carte Tiers Payant est délivrée sous condition de réception de l'attestation de Sécurité sociale

CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter dans l'entreprise pour le suivi du dossier : .....
Fonction : .....
N° Tél. : ..... E-mail : .....

CONTACT COMMERCIAL

Suivi	Nom du signataire	Signature
Agence de : ..... Le :		

RETOUR DES CONTRATS

□ Entreprise □ Commercial □ Autre (à préciser) : .....

Groupe APICIL
mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité

Réf : OF - DA COLL CCN 66 - 03/15