BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/RADIATION FRAIS DE SANTÉ

CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951
IDCC : 29

Volet 1 – Régime conventionnel obligatoire

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d'affiliation (volet 1) complété, daté et signé, accompagné des documents mentionnés.	**Réservé à APICIL**
PIÈCES OBLIGATOIRES	
La copie **de l'attestation du régime d'assurance maladie obligatoire** (Sécurité sociale, RSI, …) du salarié	
Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du salarié pour le paiement des prestations de « remboursement des frais de soins »	
Copie recto/verso de la **carte nationale d'identité** ou du passeport en cours de validité du salarié	
En cas de non concordance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le document d'adhésion : **justificatif de domicile** de moins de 3 mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe)	

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/RADIATION CCN 51

FRAIS DE SANTE

API0000101444

REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (Volet 1)

<u>À remplir par l'employeur</u> et à renvoyer à votre 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 siège : ..... Tél. : .....
Raison sociale : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Établissement de rattachement du salarié si différent du siège : .....
N° SIRET de l'établissement de rattachement : .....
Personne à contacter pour tout renseignement fourni sur ce bulletin : .....

SALARIÉ

Nom : ..... Nom de jeune fille :..... Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../..... Numéro de Sécurité sociale : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋⌋⌋⌋⌋⌋
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Tél. : ..... E-mail : .....
Catégorie d'emploi : ☐ Personnel relevant de l'AGIRC ☐ Personnel ne relevant pas de l'AGIRC

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 (Base 1)	⇨ ▪ Extension ayants droit ▪ Option 1 facultative ▪ Option 1 bis facultative ▪ Option 2 facultative ▪ Option 3 facultative
☐ Base conventionnelle + Option 1 (Base 2)	⇨ ▪ Extension ayants droit ▪ Option 1 bis facultative ▪ Option 2 facultative ▪ Option 3 facultative
☐ Base conventionnelle + Option 1 bis (Base 2 bis)	⇨ ▪ Extension ayants droit ▪ Option 2 facultative ▪ Option 3 facultative
☐ Base conventionnelle + Option 2 (Base 3)	⇨ ▪ Extension ayants droit ▪ Option 3 facultative
☐ Base conventionnelle + Option 3 (Base 4)	⇨ ▪ 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.

CONSEIL À DESTINATION DE L'EMPLOYEUR

Envoi d'un bulletin individuelle d'affiliation : Quand ? Dans quelles conditions ?

<u>L'embauche ou la promotion d'un de vos salariés</u> doit faire l'objet d'une déclaration par l'intermédiaire du présent bulletin **<u>au plus tôt</u>** ; ces informations sont nécessaires pour ouvrir les droits de vos salariés.

<u>Le départ d'un de vos salariés</u> doit faire l'objet d'une déclaration par l'intermédiaire de **votre espace client <u>au plus tôt</u> (www.apicil.com).**
Cette information est nécessaire pour interrompre les droits et versement des prestations en cas de départ de votre entreprise.
Si vous transmettez cette information via une DSN pour vos contrats santé et/ou prévoyance, inutile de faire cette démarche. La date de radiation de vos collaborateurs sera alors transmise par le biais de la DSN.

SIGNATURES

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
Fait à : ..... le : .....
Signature :

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 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 ayants droit 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.