

# DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

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

**Frais de Santé**



**Comme vous !**

---

## SANTÉ

**APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF – FM CCN 51 – APICIL PREVOYANCE – DA - 3516 C - 11/2016

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



## LISTE DES PIÈCES A JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés.	<b>Réservé à APICIL</b>
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>	
<b>Un extrait K-BIS de moins de 3 mois du siège et des différents établissements :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ou à défaut le justificatif d'inscription au RCS/RM</li> <li>■ ou à défaut la notification d'inscription INSEE</li> </ul>	
La copie recto/verso de la <b>Carte Nationale d'Identité du ou des dirigeant(s)</b> ou du passeport en cours de validité	
Une <b>liste</b> , indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et adresse <b>des salariés</b> , ainsi que la date d'embauche	
Les <b>demandes individuelles d'affiliation frais de santé</b> , avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le RIB de chaque salarié</li> <li>■ L'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié</li> <li>■ Le mandat de prélèvement SEPA si paiement des options facultatives par le salarié</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">* La carte Tiers Payant est délivrée sous condition de réception de l'attestation de Sécurité sociale</p>	
<b>PIÈCES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER</b>	
Pièces justificatives dans le cadre d'une <b>opération juridique</b> (reprise, fusion, absorption)	

### SANTÉ

**APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF – FM CCN 51 – APICIL PREVOYANCE – DA - 3516 C - 11/2016

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)





## GARANTIES SANTE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015, de la CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, relatif aux régimes de frais de santé.

<b>COLLEGE ASSURE</b>	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel – Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel relevant de l'AGIRC – Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas de l'AGIRC – Effectif : .....
<b>REGIME OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
<b>DATE D'EFFET DEMANDEE</b>	...../...../..... (au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS <sup>(2)(3)</sup>	COTISATION VERSEE PAR :
<b>CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> BASE 1 = Base conventionnelle <input type="checkbox"/> BASE 2 = Base 1 + option 1 obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 2 Bis = Base 1 + option 1 bis obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 3 = Base 1 + option 2 obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 4 = Base 1 + option 3 obligatoire	Salarié : .....	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
<b>CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE</b>	Extension ayants droit	Conjoint : ..... Enfant : .....	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié
	Les options éligibles dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 1 Bis facultative - Option 2 facultative - Option 3 facultative	Salarié/Conjoint/Enfant ...../...../..... ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....	(A cocher impérativement)

(1) Joindre le barème des garanties - (2) Toutes taxes comprises en vigueur - (3) Se référer au document « Vos cotisations régime frais de santé »

## DECLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de .....

représentant l'entreprise ....., ci-dessus nommée, **adhérente à la FEHAP, déclare avoir respecté la procédure des marchés subséquents** et demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la **convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif**, auprès d'APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 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° 2015-01 du 27/01/2015, agréé le 30/04/2015 et publié au Journal officiel du 29 mai 2015**, relatif à la mise en place du régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif**.

L'entreprise s'engage à informer le Groupe APICIL, des nouveaux salariés embauchés, dans les trois mois suivant la date d'embauche ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.

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. Cette notice doit être obligatoirement remise 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 est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à APICIL Prévoyance de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

APICIL Prévoyance 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 n'est pas 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 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.

### SANTÉ

**APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF – FM CCN 51 – APICIL PREVOYANCE – DA - 3516 C - 11/2016

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)





## GARANTIES SANTE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015, de la CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, relatif aux régimes de frais de santé.

<b>COLLEGE ASSURE</b>	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel – Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel relevant de l'AGIRC – Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas de l'AGIRC – Effectif : .....
<b>REGIME OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
<b>DATE D'EFFET DEMANDEE</b>	...../...../..... (au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS <sup>(2)(3)</sup>	COTISATION VERSEE PAR :
<b>CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> BASE 1 = Base conventionnelle <input type="checkbox"/> BASE 2 = Base 1 + option 1 obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 2 Bis = Base 1 + option 1 bis obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 3 = Base 1 + option 2 obligatoire <input type="checkbox"/> BASE 4 = Base 1 + option 3 obligatoire	Salarié : .....	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
<b>CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE</b>	Extension ayants droit  Les options éligibles dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 1 Bis facultative - Option 2 facultative - Option 3 facultative	Conjoint : ..... Enfant : .....  Salarié/Conjoint/Enfant ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié  (à cocher impérativement)

(1) Joindre le barème des garanties - (2) Toutes taxes comprises en vigueur - (3) Se référer au document « Vos cotisations régime frais de santé »

## DECLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de .....

représentant l'entreprise ....., ci-dessus nommée, **adhérente à la FEHAP, déclare avoir respecté la procédure des marchés subséquents** et demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la **convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif**, auprès d'APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 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° 2015-01 du 27/01/2015, agréé le 30/04/2015 et publié au Journal officiel du 29 mai 2015**, relatif à la mise en place du régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif**.

L'entreprise s'engage à informer le Groupe APICIL, des nouveaux salariés embauchés, dans les trois mois suivant la date d'embauche ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.

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. Cette notice doit être obligatoirement remise 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 est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à APICIL Prévoyance de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

APICIL Prévoyance 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 n'est pas 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 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.

### SANTÉ

**APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF – FM CCN 51 – APICIL PREVOYANCE – DA - 3516 C - 11/2016

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

