BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION REGIME D'ACCUEIL FRAIS DE SANTE

CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 - IDCC : 413

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d'affiliation complété, daté et signé, accompagné des documents mentionnés	**Réservé à APICIL**
PIECES OBLIGATOIRES	
Le mandat de prélèvement SEPA daté et signé	
Le **Relevé d'Identité Bancaire** (RIB) pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations de « remboursement des frais de soins »	
La copie recto/verso de votre **carte nationale d'identité** ou de votre passeport en cours de validité	
La copie des **attestations du régime obligatoire** (Sécurité sociale, RSI, ...) des personnes à assurer	
PIECES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER	
Le **certificat de scolarité** ou de formation de vos enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés	
Une **attestation de vie maritale, concubinage, PACS** (avec justificatif de domicile pour l'ayant droit)	
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)	

SANTÉ

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.

Groupe APICIL
mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION REGIME D'ACCUEIL CCN 66

mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité

FRAIS DE SANTE

API0000101646

REGIME FACULTATIF

<u>À remplir par le salarié membre participant</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 72 72 - www.apicil.com

☒ Nouvelle adhésion

LE SALARIE MEMBRE PARTICIPANT

☐ M. ☐ Mme N° Client/Adhérent(*) : ..... N° Sécurité sociale : .....

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Situation de famille : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐ Union Libre ☐ Séparé(e)

Je reconnais être en possession et avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle Intégrance et de la notice d'information correspondante au régime conventionnel obligatoire de frais de santé **CCN 66**, souscrit par mon ancien employeur.

Je demande mon adhésion au régime d'accueil facultatif de frais de santé CCN 66 auprès de la Mutuelle Intégrance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, à partir du (la date d'effet sera au plus tôt à la date de cessation de votre contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité, ou à la date de votre décès pour vos ayants droit, et au plus tard le lendemain de votre demande) **:**

Date d'effet souhaitée : ...../...../.....

(*) Indiquer le numéro Client/Adhérent figurant sur votre carte de tiers payant du régime de frais de santé souscrit par votre entreprise.

VOTRE OFFRE REGIME FACULTATIF

L'entreprise dont vous étiez salarié a souscrit un contrat frais de santé obligatoire de la branche des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

Si vous répondez aux critères de l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous avez la possibilité de **prolonger ces garanties** en adhérant au **régime d'accueil**.

Vos cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) **que celles appliquées pour les salariés en activité,** étant précisé qu'elles sont **entièrement à votre charge.**

La demande doit être effectuée au plus tard dans les **6 mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou du décès du salarié membre participant.

Vous serez couvert au niveau des garanties dont vous bénéficiez en tant qu'actif (ou, le cas échéant, au niveau dont le salarié décédé était couvert) à titre obligatoire par l'entreprise.

Votre qualité : ☐ Ancien salarié ☐ Ayant droit d'un assuré décédé

Contrat à adhésion dont le salarié bénéficiait à titre obligatoire en tant qu'actif dans l'entreprise	Garanties à adhésion facultative – régime d'accueil
☐ **Base conventionnelle**	Base conventionnelle
☐ **Base conventionnelle + Option 1**	Base conventionnelle + Option 1
☐ **Base conventionnelle + Option 2**	Base conventionnelle + Option 2

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.

mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité

PERSONNE(S) A GARANTIR

Le salarié membre participant et ses ayants droit ont obligatoirement le même niveau de garantie.

Personnes à garantir	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime Obligatoire SS	Régime Obligatoire TNS[1]	Numéro Sécurité sociale ou Régime Obligatoire	Cotisations mensuelles[4]
Membre participant			...../...../.....	☐			**Se reporter au document « vos cotisations Régime d'accueil »**
Conjoint[2]			...../...../.....	☐	☐		
1er enfant			...../...../.....	☐	☐		
2e enfant			...../...../.....	☐	☐		
3e enfant[3]			...../...../.....	☐	☐		GRATUIT

(1) Travailleur Non Salarié.

(2) Ou le concubin ou la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS.

(3) Gratuité des cotisations à partir du 3e enfant. Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

PAIEMENT ET PERIODICITE DES COTISATIONS

MODE DE PAIEMENT : ☐ Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)

☐ Par prélèvement bancaire : ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel

DATE DE PAIEMENT : ☐ Le 5 du mois ☐ Le 15 du mois

CONSEILS A DESTINATION DU SALARIE MEMBRE PARTICIPANT

CONDITIONS D'AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

Selon les dispositions prévues dans les conditions générales du contrat, le choix de l'affiliation du conjoint et/ou d'un enfant se fait au moment de l'affiliation de l'ancien salarié au régime d'accueil.

L'ancien salarié membre participant peut résilier son adhésion individuelle au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec avis de réception avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation de l'ancien salarié membre participant entraîne celle de ses ayants droit.

Toute résiliation individuelle est définitive.

SERVICE NOÉMIE :

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale à MICILS, mutuelle du Groupe 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 le service NOÉMIE, nous vous remercions de nous l'indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d'affiliation.

SIGNATURES

Je signe mon bulletin individuel d'affiliation (ainsi que mes ayants droit) ; je l'envoie avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (ou mon chèque à l'ordre de MICILS) et la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte Vitale.

SALARIE MEMBRE PARTICIPANT	CONJOINT(E)	ENFANTS DE + DE 16 ANS
Date :	**Date :**	**Date :**
Signature :	**Signature :**	**Signature :**

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à Groupe APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire cedex.

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

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.

Groupe APICIL

mutuelle intégrance

L'esprit de solidarité

API0000101848

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER :	N° IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)
MICILS 38 RUE FRANCOIS PEISSEL 69300 CALUIRE ET CUIRE	FR73ZZZ471183

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise MICILS à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par MICILS.
Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Je prends acte que la référence unique du mandat, relative au présent document, me sera attribuée et communiquée ultérieurement par MICILS et en tout état de cause au moins 14 jours avant le premier prélèvement relevant du présent mandat.

Type de mandat : Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement unique ☐

PARTIE A COMPLETER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Veuillez compléter obligatoirement tous les champs marqués ▪

▪ Votre nom et prénom : ....

▪ Votre adresse : ....

....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville et pays : ....

▪ Votre numéro de contrat : |_|_|_|_|_|_|_|

▪ Coordonnées du compte à débiter : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

▪ Signé le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| ▪ Lieu de signature : ....

▪ Signature(s) :

Merci de renvoyer ce document dûment <u>complété et signé</u>, obligatoirement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) et d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante :

GROUPE APICIL
SERVICE CONTRATS INDIVIDUELS
38 RUE FRANCOIS PEISSEL - BP 99
69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.