

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION/RADIATION FRAIS DE SANTÉ

CCN des prestataires de services du secteur tertiaire
IDCC : 2098

Volet 1 – Régime conventionnel obligatoire

| | |
|--|-----------------------------|
| Merci de renvoyer votre bulletin individuel d’affiliation (volet 1) complété, daté, signé et 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) | |

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.
Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex

Réf. : OF – Santé – CCN Prestataires Services – A2VIP – BIA Volet 1 – 03/2017 - SP17/FCR0078





REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (Volet 1)

À remplir par l’employeur et le salarié 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 :

SALARIE

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Numéro de Sécurité sociale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Catégorie d’emploi : Personnel affilié à l’AGIRC Personnel non affilié à l’AGIRC

AFFILIATION

Date d’affiliation au régime obligatoire conventionnel :/...../.....

| Contrat à adhésion obligatoire « salarié » → 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. |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Base 1 (R1) – Régime socle minimum obligatoire | <ul style="list-style-type: none">Extension Ayant droit Conjoint/EnfantOption 1 facultativeOption 2 facultative |
| <input type="checkbox"/> Base 2 (R2) | <ul style="list-style-type: none">Extension Ayant droit Conjoint/EnfantOption 2 facultative |
| <input type="checkbox"/> Base 3 (R3) | <ul style="list-style-type: none">Extension Ayant droit Conjoint/Enfant |

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 individuel d’affiliation : Quand ? Dans quelles conditions ?

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

Le départ d’un de vos salariés doit faire l’objet d’une déclaration par l’intermédiaire de **votre espace client au plus tôt (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 SALARIE

Fait à : le :
Signature :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous 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. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale.

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.
Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex

Réf. : OF – Santé – CCN Prestataires Services – A2VIP – BIA Volet 1 – 03/2017 – SP17/FCR0078

