

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTÉ

CCN des prestataires de services du secteur tertiaire
IDCC : 2098

Volet 2 – Régimes facultatifs

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d'affiliation (volet 2) complété, daté, signé et accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIECES A FOURNIR SELON DOSSIER	
Le mandat de prélèvement SEPA daté, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le paiement des cotisations des options facultatives	
Le certificat de scolarité ou de formation des enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés	
Une attestation de vie maritale, concubinage, PACS (avec justificatif de domicile commun pour l'ayant droit)	
La copie des attestations du régime d'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale, RSI, ...) des ayants droit assurés du salarié	
La copie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité ou du passeport en cours de validité du salarié <u>si elle n'a pas déjà été fournie lors de l'affiliation au régime obligatoire</u> (volet 1)	
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 FM - CCN Prestataires Services - A2VIP - BIA Volet 2 -03/2017 - SP17/FCR0078





REGIMES FACULTATIFS (volet 2)

À remplir par le salarié et à renvoyer à votre employeur ou 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

Modification garantie

L’ENTREPRISE

Entreprise : N° SIRET :

LE SALARIE

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)

En cas de modification de l’adhésion suite au changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

Je reconnais être en possession et avoir pris connaissance de la notice d’information correspondante au régime conventionnel obligatoire de frais de santé **CCN Prestataires de services du secteur tertiaire**, souscrit par mon employeur.

La date d’effet sera le 1^{er} jour du mois souhaité et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de mon bulletin individuel d’affiliation par les services du Groupe APICIL ou le 1^{er} janvier, dans le respect des dispositions prévues dans les conditions générales du contrat et la notice d’information qui vous a été remise.

Je demande mon adhésion à la couverture complémentaire facultative de frais de santé CCN Prestataires de services du secteur tertiaire auprès d’A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, à partir du :

Date d’effet demandée :/...../.....

(*) Si déjà connu, indiquer le n° Client/Adhérent figurant sur votre carte de tiers payant du régime de frais de santé souscrit par votre entreprise.

VOTRE OFFRE REGIME FACULTATIF

Votre entreprise a souscrit un contrat frais de santé obligatoire de la branche des prestataires de services du secteur tertiaire. Vous avez la possibilité de compléter ces garanties en adhérant aux options facultatives suivantes :

- **Extension ayant droit (conjoint et/ou enfant) :** cette option vous permet de couvrir votre conjoint et/ou vos enfants sur le niveau de garanties du régime obligatoire choisi par votre entreprise.
- **Options facultatives 1 et 2 :** ces options vous permettent de compléter les garanties du régime obligatoire pour vous et vos ayants droit si vous avez choisi de les couvrir sur les garanties du régime obligatoire.

EXTENSION AYANTS DROIT

Je demande à couvrir mes ayants droit sur le niveau de garantie choisi par l’entreprise : OUI NON

Si oui, quels sont les ayants droit que vous souhaitez assurer : Conjoint(e) Enfants (Nombre d’enfants :)

Je devrai verser directement la cotisation facultative correspondante.

OPTION FACULTATIVE

Je demande à compléter les garanties du régime obligatoire : OUI NON

Si votre entreprise a choisi :	Vous pouvez cocher une option à adhésion facultative :
✓ Base 1 (R1)	<input type="checkbox"/> Option 1 ou <input type="checkbox"/> Option 2
✓ Base 2 (R2)	<input type="checkbox"/> Option 2
✓ Base 3 (R3)	Non concerné

Si j’ai choisi l’extension ayants droit conjoint et/ou enfant, **cette option couvrira également mes ayants droit.**

Je devrai verser directement la cotisation facultative correspondante.

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 FM - CCN Prestataires Services - A2VIP - BIA Volet 2 -03/2017 - SP17/FCR0078



PERSONNE(S) A GARANTIR

Personnes à garantir	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime Obligatoire SS TNS ⁽¹⁾	Numéro Sécurité sociale ou Régime Obligatoire	Cotisations mensuelles
Vous		/...../.....	<input type="checkbox"/>		Se reporter au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN Prestataires de services »
Conjoint ⁽²⁾		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 ^{er} enfant		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ^e enfant		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ^e enfant ⁽³⁾		/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(1) Travailleur Non Salarié. (2) Ou le concubin ou la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS. (3) Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

Pour les ayants droit, la cotisation mensuelle est la somme des cotisations «Extension ayants droit» et «Option facultative choisie».

PAIEMENT ET PERIODICITE DES COTISATIONS

Vous devez obligatoirement compléter les informations ci-dessous ainsi que le mandat de prélèvement SEPA.

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 DES SALARIES

CONDITIONS D’AFFILIATION ET DE RADIATION DES AYANTS DROIT

Selon les dispositions prévues dans les conditions générales du contrat et la notice d’information qui vous a été remise, le choix de **l’affiliation** du conjoint et/ou d’un enfant se fait :

- au moment de l’affiliation du salarié au régime obligatoire
- lors d’un changement de situation familiale* ou administrative*
- lors de la naissance d’un enfant*
- au 1^{er} janvier de chaque année, pour les demandes formulées avant le 31 octobre de l’année précédente.

La **radiation** du conjoint et/ou d’un enfant intervient :

- lors d’un changement de situation familiale* ou administrative*
- au 31 décembre de chaque année, sous réserve d’en faire la demande avant le 31 octobre.

* sous réserve que nous soyons prévenus dans les deux mois qui suivent l’événement.

SERVICE NOÉMIE :

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale au 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 A2VIP) et la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte Vitale.

SALARIE

Date :
Signature :

CONJOINT(E)

Date :
Signature :

ENFANTS DE + DE 16 ANS

Date :
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 individuels 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 FM – CCN Prestataires Services – A2VIP – BIA Volet 2 – 03/2017 – SP17/FCR0078



