

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTÉ

Offre sectorielle IDCC 1979
Hôtels, cafés et restaurants

Volet 2 – Régimes sectoriels facultatifs

Merci de retourner votre bulletin individuel d’affiliation (volet2) complété, daté et signé, accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIECES A FOURNIR SELON DOSSIER	
Le mandat de prélèvement SEPA daté et signé, accompagné d’un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) si les cotisations des options facultatives sont versées par le salarié.	
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)	
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 si elle n’a pas été déjà fournie lors de l’affiliation au régime obligatoire (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)	

SANTE

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com





REGIMES FRAIS DE SANTE 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 de garanties

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 de base obligatoire des frais de santé dédié à la branche des **hôtels, cafés et restaurants**, souscrit par mon employeur.

La date d’effet sera le 1er jour du mois souhaité et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception de mon bulletin individuel d’affiliation par les services du Groupe APICIL, ou le 1er 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 des frais de santé offre sectorielle IDCC 1979 Hôtels, cafés et restaurants auprès de MICILS, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, à partir du :

date d’effet demandée :/...../.....

(*) Si déjà connu, 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

Votre entreprise a souscrit un contrat frais de santé obligatoire relevant de l’IDCC 1979 Hôtels, cafés et restaurants. Vous avez la possibilité de compléter ces garanties en adhérant aux options facultatives suivantes :

- **Extension ayants droit.** Cette option vous permet de couvrir vos ayants droit (conjoint et enfant(s)) sur le niveau de garanties du régime obligatoire choisi par votre entreprise.
- **Options facultatives.** Ces options vous permettent de compléter les garanties du régime obligatoire pour vous et vos ayants droit si vous avez choisi d’étendre les garanties du régime obligatoire à vos ayants droit.

EXTENSION AYANTS DROIT

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

OPTION FACULTATIVE

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

Si votre entreprise a choisi :	Vous pouvez cocher une option Surcomplémentaire à adhésion facultative :
✓ Base obligatoire Formule 1	<input type="checkbox"/> option Formule 2 ou <input type="checkbox"/> option Formule 3 ou <input type="checkbox"/> option Formule 4
✓ Base obligatoire Formule 2	<input type="checkbox"/> option Formule 3 ou <input type="checkbox"/> option Formule 4
✓ Base obligatoire Formule 3	<input type="checkbox"/> option Formule 4
✓ Base obligatoire Formule 4	Non concerné

Si vous avez choisi l’extension ayants droit, **cette option couvrira également vos ayants droit.**



PERSONNES À GARANTIR

Personnes à garantir	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Régime Obligatoire		Numéro Sécurité sociale ou Régime Obligatoire	Cotisations mensuelles
				SS	TNS ⁽¹⁾		
Vous		/...../.....	<input type="checkbox"/>			Se reporter au document « vos cotisations régime frais de santé IDCC 1979 HCR »
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) A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le membre participant a conclu un PACS. (3) Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

Pour les ayants droit, la cotisation « Extension Ayants droit » s'ajoute à la cotisation de l'option choisie (se reporter au document « vos cotisations régime frais de santé offre sectorielle IDCC 1979 Hôtels, cafés et restaurants »).

PAIEMENT ET PERIODICITE DES COTISATIONS

À remplir si les cotisations du régime facultatif (extension ayants droit et Options facultatives) sont versées par le salarié. Dans ce cas, 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 À 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 1er 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 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 l'indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d'affiliation.

SIGNATURE(S)

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

Date :
Signature :

CONJOINT(E)

Date :
Signature :

ENFANTS DE + DE 16 ANS

Date :
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 individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et de vos 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

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com





API0000101848

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

Veillez 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 retourner ce document dûment complété et signé, 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.

SANTE

MICILS, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

