DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION / RADIATION
CCN ESTHETIQUE-COSMETIQUE

PREVOYANCE

APIO0000101545

Esthétique-cosmétique et enseignement associé
IDCC : 3032

GROUPE APICIL - 38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cedex
Gestionnaire du régime conventionnel pour le compte d'HUMANIS prévoyance et de l'OCIRP

CONSEIL À DESTINATION DE L'EMPLOYEUR

Vous nous envoyer chaque mois la DSN : inutile de nous adresser de demandes d'affiliation, radiation ou portabilité pour vos collaborateurs. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la DSN.

Vous n'utilisez pas encore la DSN : vous devez nous adresser vos demandes d'affiliation, radiation ou portabilité via votre espace client au plus tôt (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 : ..... Tél. : .....

SALARIÉ

Catégorie d'emploi : ☒ Salarié ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14/03/1947 (non cadre) et ayant 1 an d'ancienneté dans l'entreprise

Date d'entrée dans l'entreprise : ..... ou de promotion dans la catégorie : .....

Date d'affiliation retenue (1) : ..... Salaire brut annuel : .....

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

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

Numéro de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie Maritale ☐ PACSE Nombre d'enfants à charge .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... E-mail : .....

(1) 1 an d'ancienneté requis dans l'entreprise pour bénéficier du régime de prévoyance

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

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 SALARIÉ

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.
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.