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)	

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/RADIATION
CCN PRESTATAIRES DE SERVICES
SECTEUR TERTIAIRE

FRAIS DE SANTE

APIO0000101444

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 : .....

SALARIÉ

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.
☐ Base 1 – Régime socle minimum obligatoire	▪ Extension ayant droit conjoint/enfant ▪ Option 1 facultative ▪ Option 2 facultative
☐ Base 2	▪ Extension ayant droit conjoint/enfant ▪ Option 2 facultative
☐ Base 3	▪ 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/radiation santé : quand ? Dans quelles conditions ?

■ **Vous utilisez la DSN :** 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. Lors du départ d'un de vos salariés, il est inutile d'adresser cette déclaration. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la première DSN.

■ **Vous n'utilisez pas encore la DSN :** 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 du présent bulletin à déposer dans 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.

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

Fait à : ..... le : .....
Signature :

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. 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 vous opposer au traitement des données vous concernant.

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 – 15/01/2018 - SP18/FCR0007