BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

☒ Frais de santé (agents territoriaux de l'Ain)

☒ Règlement des cotisations par prélèvement sur le compte bancaire de l'agent (Mandat SEPA).

Frais de santé (agents territoriaux de l'Ain)

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

Merci de renvoyer votre bulletin individuel d'affiliation complété, daté, signé, et accompagné des documents mentionnés ci-dessous.

Soit à l'agence de Bourg de Bresse :
Par mail : agence.bourg_en_bresse@apicil.com
Ou par courrier : GROUPE APICIL – Agence de Bourg en Bresse – 32, rue du 4 septembre - 01 000 BOURG-EN-BRESSE

Soit au siège du Groupe APICIL :
Par mail : souscription-vad-agents.territoriaux@apicil.com
Ou par courrier : GROUPE APICIL – Service contrats individuels - 51 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568 – 69501 Lyon Cedex 03

PIÈCES OBLIGATOIRES	Réservé à APICIL
La copie de **l'attestation de droit accompagnant votre carte vitale**	
La copie **d'une pièce d'identité en cours de validité** : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passeport ou carte de séjour ou permis de conduire délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité	
Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** du salarié pour le remboursement des frais de santé	
Le **Mandat de prélèvement SEPA** daté et signé	

PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	Réservé à APICIL
Une photocopie de **l'attestation de droit accompagnant la carte vitale** de vos ayants droit (conjoint, concubin, PACS, enfants à charge au sens des définitions de la page 6, ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré remplissant les conditions visées en page 6).	
Si le nom du conjoint* est différent de celui de l'assuré(e) : **une attestation de mariage** (copie du livret de famille ou certificat de mariage), ou une copie de la **convention de PACS** le cas échéant, ou en cas de concubinage**, une attestation sur l'honneur de vie maritale et une copie d'un justificatif mentionnant les deux noms à la même adresse**. * Ou le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS.	
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 trois mois (facture d'électricité, service des eaux ou téléphonie, bail, avis d'imposition).	
La lettre mandat (Cf. exemple page 8), si vous souhaitez être accompagné dans la cadre de la résiliation infra-annuelle.	
Pour les enfants de plus de 16 ans : - S'ils sont à charge fiscale pour vous ou votre conjoint et âgés de moins de 26 ans : **avis d'imposition et attestation sur l'honneur confirmant que l'enfant est à charge fiscale de votre foyer.** - S'ils poursuivent des études supérieures et qu'ils sont âgés de moins de 26 ans : **un certificat de scolarité**. - S'ils sont en contrat de formation ou en service civique avec une rémunération mensuelle brute strictement inférieure à 55 % du SMIC : **un certificat de formation mentionnant le niveau de rémunération** ou une **copie du CERFA**, ou **une carte de service civique** et tout autre document mentionnant le niveau de rémunération. - S'ils sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié par suite d'infirmité ou de maladies chroniques (sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %) : **copie la carte d'invalidité** définie par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, **avis d'imposition et attestation sur l'honneur confirmant que l'enfant est à charge fiscale de votre foyer.**	
Pour vos ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou vous alliés au même degré remplissant les conditions visées en page 6 : **justificatif de moins de trois mois d'un domicile commun** (facture d'électricité, facture de téléphone, quittance de loyer...) sur lequel figurent leur nom et le vôtre et de produire une **preuve d'absence de revenus** (avis d'imposition avec absence de revenus).	

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION/ OU DE MODIFICATION D'ADHESION

Frais de santé (agents territoriaux de l'Ain)

Réservé exclusivement aux assurés du contrat frais de santé collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'APICIL PREVOYANCE

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion APICIL	
N° devis :	
Date du devis :	

☐ **Nouvelle adhésion**
☐ **Modification** **En cas de modification, merci de compléter le bulletin en intégralité**

Résiliation pour votre compte

Depuis, le 1er décembre 2020, il est désormais possible de résilier à tout moment un contrat de complémentaire santé après un an d'engagement et non plus à l'échéance annuelle.
Lorsqu'il change de contrat, un assuré peut demander à son nouvel assureur de prendre en charge la résiliation pour compte auprès de son assureur actuel.

☐ A cet effet, je souhaite être accompagné(e) pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre mandat** selon le modèle figurant page 8.
APICIL Prévoyance se chargera de la résiliation auprès de votre assureur actuel. La résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande de résiliation chez l'assureur sortant. Votre nouveau contrat ne prendra effet qu'après cette date.

COLLECTIVITE

N° SIRET (facultatif) : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

Dénomination de la collectivité :.....

ASSURE PRINCIPAL (à remplir par l'agent)

☐ Mme ☐ M. N° Sécurité sociale : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ ⌊_⌊_⌊

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage :..... Date de naissance : ⌊_⌊_⌊ ⌊_⌊_⌊ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

Lieu de naissance (code postal/ville/pays) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail (pour faciliter nos échanges) : .....

Situation de famille :
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(Ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e)
☐ Nombre d'enfants à charge au sens des définitions indiquées en page 6 : .....

CHOIX DU REGIME FRAIS DE SANTE ET COTISATIONS MENSUELLES

Votre collectivité a souscrit un contrat frais de santé facultatif auprès d'APICIL Prévoyance.

Ce contrat prévoit au choix de l'agent :

- ✓ 3 niveaux de garanties (barèmes de garanties détaillés dans le « livret agent »),
- ✓ 3 types de cotisations (vos cotisations s'entendent toutes taxes comprises). Les tarifs proposés dans ce bulletin sont les tarifs en vigueur à la date d'affiliation et à la date d'effet souhaitée.

Merci de préciser le niveau et la cotisation retenus en cochant l'une des cases ci-dessous.

	Isolé	Duo	Famille
Formule de base	☐ 46.07 €	☐ 88.85 €	☐ 115.59 €

	Isolé	Duo	Famille
Formule 2	☐ 69.10 €	☐ 127.10 €	☐ 162.07 €

	Isolé	Duo	Famille
Formule 3	☐ 91.32 €	☐ 167.00 €	☐ 207.31 €

Isolé : salarié seul
Duo : 2 adultes ou un adulte et un enfant
Famille : plus de 2 personnes

PERSONNE(S) A GARANTIR EN PLUS DE L'ASSURE

Si vous souhaitez assurer vos ayants droit tels que définis en page 6, merci de renseigner impérativement les informations concernant les personnes à affilier à la complémentaire santé :

Bénéficiaire (1)				
Nom d'usage				
Nom de naissance				
Prénom				
Date de naissance				
Lieu de naissance (CP, ville, pays)				
Régime obligatoire (2)				
N° Sécurité sociale				
Qualité d'ayant droit (conjoint, enfant, ascendant)				

(1) Si plus de quatre ayants droit à assurer, indiquer les informations sur papier libre.
(2) Pour régime général, indiquer « RG ». Pour tout autre régime, indiquer l'abréviation d'usage.

MODIFICATIONS : CHANGEMENTS DE FORMULE DE GARANTIE et/ou FORMULE DE COTISATION

En cas de nouvelle adhésion (et non pas de modification), merci de ne pas tenir compte de cette partie

☐ **CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIE (Formule de base /Formule 2/ Formule 3) : cochez votre nouveau choix dans le tableau « choix du régime Frais de santé et cotisations mensuelles ».**

Le changement de formule (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1er janvier de chaque année civile, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre.
La formule ne peut être modifiée qu'une seule fois durant la vie du contrat. Vous ne pourrez plus modifier la formule de votre couverture, sauf exceptions listées ci-après :
- Mariage/divorce, PACS, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1er jour du mois qui suit la demande du membre participant, accompagnée des pièces justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

☐ **CHANGEMENT DE FORMULE DE COTISATION (Isolé /Duo / Famille) : cochez votre nouveau choix dans le tableau « choix du régime Frais de santé et cotisations mensuelles ».**

Chaque participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :
Le choix du type de cotisation formulé par le participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande, via le bulletin individuel d'affiliation/modification, avant le 31 octobre de l'année en cours.
Ce changement n'est possible qu'une seule fois au cours de la période d'affiliation du membre participant, sauf en cas de changement de situation de famille.

Par exception, dans le cas d'une modification de votre situation (naissance, adoption…), vous pouvez demander l'affiliation de votre ayant droit à tout moment au cours du contrat via le bulletin individuel d'affiliation. La date d'effet est alors fixée au 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande accompagnée des pièces justificatives par notre Institution.

MODE DE PAIEMENT ET PERIODICITE

Votre collectivité a choisi le mode de prélèvement de la cotisation de votre complémentaire santé sur votre compte bancaire.
A cet effet, 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 PRÉLÈVEMENT : ☐ Le 5 du mois ☐ Le 15 du mois

DECLARATIONS ET SIGNATURES

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information correspondant au régime facultatif de frais de santé souscrit par ma collectivité.
Je reconnais avoir reçu le document d'information sur le produit d'assurance (IPID) ainsi que toute information nécessaire me permettant de déterminer le niveau de formule le plus adapté à mes besoins et ma situation.
Les garanties prennent effet immédiatement, sous réserve du paiement des cotisations. Par la suite, vous pourrez choisir d'adhérer à tout moment, dans le respect des dispositions prévues dans la notice d'information qui vous a été remise.
Je demande mon adhésion au régime Frais de santé facultatif à partir du :

Date d'effet souhaitée : ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Je signe mon bulletin individuel d'affiliation, je l'envoie dûment complété et signé, avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (accompagné des pièces justificatives demandées) et **je conserve une copie du présent document**.

SIGNATURE DE L'ASSURE

Fait à : .....
Le : .....

SIGNATURE DES AUTRES PERSONNES A GARANTIR (Conjoint…, enfant de plus de 16 ans…)

Fait à : .....
Le : .....

FACULTÉ DE RENONCIATION
Article L 932-15-2 du Code de la Sécurité sociale :
Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à une opération individuelle ou à une opération collective à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.
En application de ce texte, vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat en notifiant votre souhait à l'assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au centre de gestion, selon le modèle ci-après :
« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, téléphone), déclare renoncer à mon adhésion au *contrat XXX référencé (numéro de contrat) du (date). Aussi, je vous prie de bien vouloir annuler cette adhésion et me rembourser l'intégralité des cotisations versées. Date et signature. ».*
Le courrier est à envoyer à : Groupe APICIL - 51 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568 – 69501 Lyon Cedex 03

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.
Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance - Délégué à la protection des données (DPO), 51 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568 – 69501 Lyon Cedex 03.**
Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur **https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/**

CONSEILS À DESTINATION DE L'AGENT

DEFINITION DES AYANTS DROIT :
Les éventuels ayants droit du participant non-retraité, affiliés via le bulletin individuel d'affiliation, peuvent être :

- le **conjoint du participant**, non séparé judiciairement, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme ;

- à défaut de conjoint, **le concubin du participant**, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de la production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de moins de 3 mois de domicile commun (facture d'électricité, facture de téléphone, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi ;

- à défaut de conjoint ou de concubin, **le partenaire, à charge ou non**, **avec qui le participant a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, sous réserve de la production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal et sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi ;

- les **enfants célibataires, à charge fiscale de l'agent ou de son conjoint**, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, sous tutelle ou recueillis, de moins de 26 ans ;

- les **enfants de moins de 26 ans poursuivant des études supérieures** sous réserve de la production d'un certificat de scolarité d'études supérieures. Lorsque ces bénéficiaires arrêtent leurs études, elles sont garanties jusqu'au 31 décembre sans que la garantie puisse aller au-delà du 26ème anniversaire ;

- dans tous les cas, les **enfants en contrat de formation ou en service civique** seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation ou d'une carte de service civique et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC ;

- les **enfants du participant ou de son conjoint qui, par suite d'infirmité ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié** (ils sont garantis sous réserve du rattachement de l'enfant infirme majeur au foyer fiscal du participant, de la production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %) ;

- **les ascendants, les descendants, les collatéraux jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré du participant** à condition qu'ils vivent sous le toit de celui-ci et se consacrent exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du participant (ils sont garantis sous réserve de fournir un justificatif de moins de trois mois d'un domicile commun (facture d'électricité, facture de téléphone, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms de l'ayant droit et du participant et de produire une preuve d'absence de revenus).

PORTABILITE DES DROITS

Un formulaire spécifique est disponible sur notre site www.apicil.com

SERVICE NOEMIE

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale à APICIL pour obtenir automatiquement vos remboursements complémentaires.
Vous bénéficiez gratuitement du service NOEMIE pour vous et vos ayants droit figurant sur l'attestation de droit accompagnant votre carte VITALE. Ce service vous permet d'obtenir automatiquement vos remboursements complémentaires dès le traitement par la Sécurité Sociale. Si votre conjoint et ses éventuels ayants droit, ou vos enfants de plus de 16 ans ne sont pas couverts par une autre mutuelle, ils peuvent bénéficier de ce service en nous adressant une copie de leur propre attestation de droit.

Je désire bénéficier de ce service ☐ **Oui** ☐ **Non**
(Vous pouvez renoncer à tout moment à ce service en le formulant par écrit)

☐ **Un membre de ma famille ne souhaite pas bénéficier de NOEMIE avec APICIL PRÉVOYANCE**
Merci de nous préciser son Nom : .....

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER :	**N° IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)**
APICIL PREVOYANCE 51 bd Marius Vivier-Merle TSA 95568 69501 Lyon Cedex 03	FR46ZZZ330728

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL PREVOYANCE à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL PREVOYANCE.
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 : ⌊⌊⌊

Cette lettre doit comporter toutes les informations nécessaires à la RIA (Mentions en jaune)

RESILIATION CONTRAT INDIVIDUEL

Exemple : Lettre MANDAT–Individuels– complémentaire santé

Expéditeur (nom de l'agent)
Nom/prénom
Adresse adhérent
Téléphone de contact
Mail de contact

GROUPE APICIL
51 bd Marius Vivier - Merle
TSA 95568
69501 Lyon Cedex 03

Le…….

Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par le Groupe APICIL

Madame, Monsieur,

Je soussigné *(nom/prénom)* résidant au *(adresse adhérent)* demande au Groupe APICIL d'effectuer les démarches à ma place pour résilier pour le *(date de résiliation)* mon contrat de complémentaire santé *(nom de l'assureur actuel)* de référence *(référence contrat)* ayant débuté le *(date de début d'effet)* en raison de *(motif de résiliation).*

J'ai noté que la résiliation de mon contrat concerne également mes ayants droit ci-dessous :
(Nom usuel/née nom de naissance/prénom) né(e) le *(date de naissance),* numéro *(numéro de Sécurité sociale).*

Dans cette attente, je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Signature