BULLETIN D'ADHÉSION

Solidarité communale

Particuliers

☒ Frais de santé

Solidarité communale

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

Merci de **renvoyer votre bulletin d'adhésion complété, daté et signé**, accompagné des documents mentionnés ci-dessous.	**Réservé au centre de gestion**
PIÈCES OBLIGATOIRES	
Le **mandat de prélèvement SEPA** daté et signé.	
Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** pour le prélèvement de vos cotisations.	
La copie **des attestations du régime d'assurance maladie obligatoire** (Sécurité sociale, régime local Alsace Moselle …) des personnes à garantir.	
La copie d'une pièce d'identité en cours de validité : **carte nationale d'identité** (recto/verso) ou **passeport.**	
PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
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).	
Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** pour le remboursement des frais de santé si différent de celui fourni avec le mandat SEPA.	
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), **PACS** (copie de la convention de PACS), **concubinage** (attestation sur l'honneur de vie maritale et 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.	
Le **certificat de scolarité** ou de formation des enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés.	
La lettre d'accord pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Mutuelle selon le selon le modèle ci-après : *« Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Mutuelle* *Je soussigné(e) (nom/prénom) résidant au (adresse adhérent) demande à APICIL Mutuelle 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).* *Date et signature. »* Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/	

BULLETIN D'ADHÉSION
FRAIS DE SANTÉ

Solidarité communale

APICIL MUTUELLE

FRAIS DE SANTÉ

APIO000101646

Votre conseiller	
Nom : Code : 0037269 Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis : Date du devis :	

À remplir par l'assuré(e) et à renvoyer au 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 d'adhésion

Résiliation pour votre compte

☐ Je souhaite être accompagné(e) pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre d'accord pour la résiliation** selon le modèle figurant page précédente.

APICIL Mutuelle 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.

ADHÉRENT(E)/ASSURÉ(E)

☐ Mme ☐ M. N° Client/Adhérent * : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° Sécurité sociale : _ Régime obligatoire (1) : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance :..... Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

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

Adresse : .....

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

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

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐ Union libre ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

En cas de modification de l'adhésion à la suite d'un changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

.....

** Si déjà connu, indiquer le N° Client/Adhérent figurant sur votre attestation de droits tiers payant du régime de frais de santé.*

(1) **RG** = Régime Général ou **AM** = Régime local d'Alsace Moselle

GARANTIES RETENUES

Vous avez le choix entre 3 niveaux de garanties :
(se référer au document « Vos garanties régime frais de santé - Solidarité communale ».

☐ **SCO** ☐ **SCO Sérénité** ☐ **SCO Confort**

Limite d'âge à l'adhésion quelle que soit la formule : 80 ans

PERSONNE(S) À GARANTIR ET COTISATIONS

Personne(s) à garantir	Nom et prénom	Date de naissance Lieu de naissance (CP, ville, pays)	Régime obligatoire (1)	Numéro Sécurité sociale	Cotisations mensuelles
Assuré(e)		……/……/…… Lieu :			
Conjoint(e) (2)		……/……/…… Lieu :			
1er enfant		……/……/…… Lieu :			
2e enfant		……/……/…… Lieu :			
3e enfant (3)		……/……/…… Lieu :			
				Cotisation mensuelle à APICIL UPESE Association	0,50 €
				TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES	

(1) **RG** = Régime Général ou **AM** = Régime local d'Alsace Moselle
(2) A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS.
(3) Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

Vos cotisations s'entendent toutes taxes comprises.

Les cotisations mensuelles sont disponibles sur le document « Vos cotisations régime frais de santé - Solidarité communale ».

Les tarifs proposés dans ce bulletin d'adhésion sont les tarifs en vigueur à la date du devis et à la date d'effet souhaitée (au verso). Ils tiennent compte du niveau de garanties souscrites. Ils peuvent évoluer au 1er janvier de chaque année, en fonction de l'âge de l'assuré(e) et des ayants droit garantis, de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat.

PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS

Vous devez obligatoirement compléter les informations ci-dessous ainsi que le mandat de prélèvement SEPA si vous optez pour le mode de paiement « par prélèvement bancaire ».

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

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance ainsi que la fiche conseil.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de frais de santé proposé est cohérent avec mes besoins et ma situation.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts du souscripteur **APICIL UPESE Association** et de l'assureur **APICIL Mutuelle** ainsi que de la notice d'information correspondante.

J'ai noté que ces statuts sont disponibles sur le site https://particulier.apicil.com/statuts-apicil-mutuelle/ et auprès de mon conseiller.

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet souhaitée si postérieure.

Je demande mon adhésion à **APICIL UPESE Association**, ainsi qu'au contrat collectif d'assurance **Solidarité communale**, souscrit par **APICIL UPESE Association** auprès d'**APICIL Mutuelle,** à partir du :

Date d'effet souhaitée (lors de l'établissement du devis) : ___ ___ ___

Je signe mon bulletin d'adhésion ; je l'envoie au centre de gestion dûment complété et signé, avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (ou mon chèque à l'ordre de **APICIL Mutuelle**) accompagné des pièces justificatives demandées et **je conserve une copie du présent document**.

Je déclare avoir informé mes ayants droit (conjoint(e)/enfant(s)) de cette démarche.

ADHÉRENT(E)/ASSURÉ(E)

Date : __/__/____

Signature :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

FACULTÉ DE RENONCIATION

Article L 221-18-1 du Code de la mutualité
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 un règlement ou à un contrat collectif 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 par 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.

Article L 223-8 du Code de la mutualité
Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion auprès d'une mutuelle ou par l'intermédiaire de celle-ci auprès d'une union a la faculté d'y renoncer par lettre, **tout autre support durable** ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 pendant un délai de **trente jours** calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En application de ces textes, vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat 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.* »
Aux adresses suivantes : **Groupe APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex** par lettre, LR ou LRE, ou sur le site internet **www.apicil.com** par tout support durable.

RATIOS DE GESTION 2021

Prestations/Cotisations : 76,25 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Frais de gestion : 19,41 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Mutuelle** pour la gestion du contrat. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée. Les données sont conservées pendant une durée de 5 ans à compter de la fin du contrat et pendant une durée de 10 ans à compter de la connaissance du sinistre en cas de décès pour les contrats de prévoyance, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Mutuelle – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur **www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles**

APICIL MUTUELLE

API0000101848

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DÉSIGNATION DE L'ORGANISME CRÉANCIER :	N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) :
APICIL Mutuelle 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire	FR73ZZZ471183

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL Mutuelle à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL Mutuelle.
Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les huit 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 APICIL Mutuelle 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 À COMPLÉTER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Veuillez compléter obligatoirement tous les champs marqués *

* Vos nom et prénom : .....

* Votre adresse : .....

.....

Code postal ..... Ville et pays

* 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 :

Merci de renvoyer 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 François Peissel - BP 99
69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

Les informations recueillies dans le présent mandat sont nécessaires à APICIL Mutuelle en tant que responsable de traitement pour permettre la réalisation d'opérations bancaires. La base légale du traitement est l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Ces données doivent obligatoirement être fournies pour permettre le traitement du dossier du contractant. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée. Les données sont conservées pendant une durée de 10 ans à compter du 31 décembre de l'année de la dernière opération, selon les règles de prescription applicables. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données en écrivant à **dpo@apicil.com** ou à l'adresse : **APICIL Mutuelle – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur **www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles**