

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVITE TERRITORIALE

Régime collectif à adhésion facultative

Frais de santé (agents territoriaux de l'Ain)





Frais de santé des agents territoriaux de l'Ain

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.	Réservé au centre de gestion
PIÈCES OBLIGATOIRES	
L'inscription au répertoire SIRENE mentionnant le SIRET principal et les SIRET des différents établissements que vous entendez couvrir : <ul style="list-style-type: none">▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE.	
La copie d'une pièce d'identité du ou des représentant(s) légal(aux) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso), passport , carte de séjour ou permis de conduire délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
L'arrêté, la délibération ou le procès-verbal traitant de l'élection ou de la désignation du ou des représentant(s) légal(aux).	
La copie d'une pièce d'identité du signataire s'il est différent du ou des représentant(s) légal(aux) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso), passport , carte de séjour ou permis de conduire délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
Les pouvoirs du signataire s'il est différent du ou des représentant(s) légal(aux)	
La délibération approuvant l'adhésion de la collectivité à la convention de participation négociée par le Centre de gestion de l'Ain pour la mise en place de la couverture frais de santé des agents territoriaux.	

DEMANDE D'ADHÉSION EMPLOYEUR – régime collectif à adhésion facultative



Frais de santé des agents territoriaux de l'Ain

À remplir par l'établissement et à renvoyer au centre de gestion :
GROUPE APICIL (à l'attention de Johan DESPERRIER)
38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cedex
ou par mail à : johan.desperrier@apicil.com et
sandrine.rondan@apicil.com

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :

Cadre réservé à la gestion APICIL

N° devis :
Date du devis :

COLLECTIVITE

N° SIRET : 210100350 00011

Dénomination de la collectivité : Mairie de Belleydoux

Adresse : 412 route de la Fauconnière

Code postal : 01130 Ville : BELLEYDOUX

Tél. : 0474764932

REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX)

Nom de naissance / nom d'usage : COURTOIS

Prénom : Pascal

Date et lieu de naissance : né le 23/06/1964 à PONTARLIER (25)

SIGNATAIRE (si différent du représentant légal)

Nom de naissance / nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

CONTACT DANS LA COLLECTIVITE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : DECASTER Nicolas

Fonction : secrétaire de mairie

Tél. : 0474764932

E-mail : mairie@belleydoux.fr

EFFECTIF

Effectif total de la collectivité : 3

ADHESION

Date d'adhésion : Prise d'effet souhaitée le 01.01.2024

Montant de la participation par agent : 41,06€ / agent/mois

Accusé de réception en préfecture
001-210100350-20231129-DEL2023-24-DE
Date de réception préfecture : 01/12/2023



AUX CONDITIONS TARIFAIRES SUIVANTES (au choix de l'agent)

A partir du 1^{er} janvier 2024 – Cotisation mensuelle

	Isolé	Duo	Famille
Formule de base	41.06 €	79.19 €	103.02 €
Formule 2	61.59 €	113.28 €	144.44 €
Formule 3	81.39 €	148.84 €	184.77 €

Duo : 2 adultes ou un adulte et un enfant

Famille : plus de 2 personnes (gratuité à partir du 3^{ème} enfant)

Les cotisations sont exprimées en euros avec indexation sur le PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)

MODALITES DE GESTION DES COTISATIONS

Cochez la case correspondant au choix retenu :

Règlement de la totalité des cotisations par précompte sur le traitement de mes agents :

Je m'engage à prélever les cotisations dues sur les traitements des agents et à les reverser directement au Groupe APICIL.

Via DSN mensuelle ou trimestrielle (par défaut si non coché)

Via bordereau papier (trimestriel)

Ou

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

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

A la suite de la délibération du 29/11/2023, je soussigné(e) BASCAL COURTOIS en qualité de Maire adhère à la Convention de Participation Frais de santé souscrite par le CDG 01 auprès du Groupe APICIL.

Je soussigné(e) BASCAL COURTOIS agissant en qualité de Maire représentant la collectivité de Belleydoux ci-dessus nommée, reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement/des statuts/des conditions générales d'Apicil Prévoyance et de la notice d'information du contrat auquel je demande à souscrire.

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

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité.

Je m'engage à respecter les dispositions de la Convention de Participation en Frais de santé souscrite par le CDG 01.

Je m'engage à permettre au Groupe Apicil de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

J'envoie la présente demande d'adhésion, dûment complétée et signée, au centre de gestion Groupe APICIL, accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document.**

Date : 30/11/2023

Cachet de la collectivité :



Signature* :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

« Lu et approuvé »

Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs

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. 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, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables. 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), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire**. 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/>

Accusé de réception en préfecture
001-210100350-20231129-DEL2023-24-DE
Date de réception préfecture : 01/12/2023