



DEMANDE D'ADHÉSION

PRÉVOYANCE - FRAIS DE SANTÉ

COLLECTIVE

APICIL PREVOYANCE
RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

MICILS
MUTUELLE N° 302 927 553
RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

SIÈGE SOCIAL : 38 RUE FRANÇOIS PEISSEL - 69300 CALUIRE

linéavie



www.apicil.com

ENTREPRISE

N° Adhérent :
 Dénomination ou raison sociale :
 Forme juridique : Date de création de l'entreprise :
 Adresse du siège :

 Code postal : Ville :
 Nom du dirigeant : Agissant en qualité de :
 Activité principale exercée :
 Convention collective appliquée par l'entreprise :
 N° d'immatriculation au RCS / RM :
 N° SIRET : Code NAF :
 L'entreprise poursuit-elle l'exploitation d'un prédécesseur ? OUI NON
 Si oui, joindre le justificatif. A défaut, indiquer la raison sociale, l'adresse et le N° SIREN du prédécesseur :

 Préciser la nature de l'opération intervenue avec le prédécesseur (achat, location-gérance, apport de fonds de commerce en totalité ou en partie,...)

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : Correspondant :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél : Fax : E-mail :

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : dont collaborateurs cadres :

GARANTIES PREVOYANCE COLLECTIVE

Modification de Contrat Nouvelle Adhésion

COLLÈGE ASSURÉ	CADRES			NON CADRES			AUTRE		
Précisions :	effectif assuré :			effectif assuré :			effectif assuré :		
DÉCÈS (obligatoire)	Option :			Option :			Option :		
RENTE DE CONJOINT	<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :			<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :			<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :		
INCAPACITÉ INVALIDITÉ SECTEUR : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Franchise : jours Montant : % T**			Franchise : jours Montant : % T**			Franchise : jours Montant : % T**		
TAUX GLOBAL DE COTISATION DONT :	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :
DATE D'EFFET DEMANDÉE*									

* Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande. ** Traitement annuel de base.

GARANTIES SANTÉ COLLECTIVE A ADHÉSION OBLIGATOIRE

Modification de Contrat Nouvelle Adhésion

RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> Alsace-moselle	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> Alsace-moselle	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> Alsace-moselle
COLLÈGE ASSURÉ Précisions :	CADRES effectif assuré :	NON CADRES effectif assuré :	ENSEMBLE DU PERSONNEL effectif assuré :
MODE DE COTISATION	<input type="checkbox"/> Taux unique Famille <input type="checkbox"/> Isolé / Couple / Famille	<input type="checkbox"/> Taux unique Famille <input type="checkbox"/> Isolé / Couple / Famille	<input type="checkbox"/> Taux unique Famille <input type="checkbox"/> Isolé / Couple / Famille
DATE D'EFFET DEMANDÉE*			
BASE DE GARANTIES			
NIVEAU CHOISI FLEX SANTÉ	<input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> OPTI <input type="checkbox"/> SUPRA <input type="checkbox"/> TOP	<input type="checkbox"/> Suppression des Prestations Elargies	<input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> OPTI <input type="checkbox"/> SUPRA <input type="checkbox"/> TOP
OPTION BUDGET (SI MOINS DE 5 SALARIÉS)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RENFORTS			
RENFORT(S) CHOISI(S) (2 MAXIMUM)	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE <input type="checkbox"/> PRESTATIONS ELARGIES	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE <input type="checkbox"/> PRESTATIONS ELARGIES	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE <input type="checkbox"/> PRESTATIONS ELARGIES
DÈS 5 SALARIÉS DANS L'ENTREPRISE ASSURÉS PAR UN CONTRAT FLEX SANTÉ : ZONE A REMPLIR PAR VOTRE CONSEILLER COMMERCIAL			
TARIF SPÉCIFIQUE	<input type="checkbox"/> AGE PRÉCISER : <input type="checkbox"/> GÉOGRAPHIE	<input type="checkbox"/> AGE PRÉCISER : <input type="checkbox"/> GÉOGRAPHIE	<input type="checkbox"/> AGE PRÉCISER : <input type="checkbox"/> GÉOGRAPHIE
COTISATION TOTALE EN % DU PMSS % % %

* Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

OPTION SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE** (s'ajoute à la base collective obligatoire)

COLLÈGE ASSURÉ	CADRES effectif assuré :	NON CADRES effectif assuré :	ENSEMBLE DU PERSONNEL effectif assuré :
1 à 2 RENFORTS MAXI (si non souscrit pour la garantie à adhésion obligatoire)	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE	<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX COURANTS <input type="checkbox"/> OPTIQUE / DENTAIRE
COTISATION EN % DU PMSS PAR SALARIÉ % % %
DATE D'EFFET DEMANDÉE*			

* Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande. / **Effectif minimum à l'adhésion : 5 affiliés

AUTRES CONTRATS

COLLÈGE ASSURÉ	NOM DU PRODUIT**	TAUX DE COTISATION			DATE D'EFFET DEMANDÉE*	EFFECTIF ASSURÉ
		T1	T2	T3		
	 % % %		
		En % du PMSS				
	 %				

* Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande. / **Joindre obligatoirement le barème de prestations

NOM ET QUALITÉ DU SIGNATAIRE** :

FAIT À : LE :

CACHET DE L'ENTREPRISE : SIGNATURE :

**Si le signataire est autre que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

FICHE DE LIAISON

Demande établie par :

Nom : Prénom :

Code : Date :

Qualité : Agent d'assurance Commercial Groupe APICIL
 Courtier Autre (à préciser) :

Adresse :
.....

Retour des contrats : Entreprise Prescripteur Commercial
 Autre (à préciser) :

Liste des pièces transmises (cocher les cases correspondantes)

Joindre impérativement le tableau de garanties remis au client.

- Demande d'adhésion,
- Extrait K Bis,
- Attestation de déclaration en préfecture si association,
- Attestation d'inscription au Répertoire des métiers si artisan,
- Statuts,
- Notification INSEE,
- Demande(s) individuelle(s) d'affiliation Prévoyance - Frais de Santé,
- Questionnaires de Santé, y compris ceux concernant les salariés en arrêt de travail.
- Lettre Demande de pièces au client ou au courtier,
- Tableau des garanties,
- Justificatif de l'opération intervenue,
- Justificatif de la démographie de l'entreprise (obligatoire si tarif spécifique âge)
- Autres :

Commentaires :
.....

Suivi	Nom du signataire	Signature
Agence de : Le :		
Courtage : Le :		
APICIL Direct : Le :		



DEMANDE D'ADHÉSION

PRÉVOYANCE - FRAIS DE SANTÉ

COLLECTIVE

APICIL PREVOYANCE
RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

MICILS
MUTUELLE N° 302 927 553
RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

SIÈGE SOCIAL : 38 RUE FRANÇOIS PEISSEL - 69300 CALUIRE

ENTREPRISE

N° Adhérent :
 Dénomination ou raison sociale :
 Forme juridique : Date de création de l'entreprise :
 Adresse du siège :

 Code postal : Ville :
 Nom du dirigeant : Agissant en qualité de :
 Activité principale exercée :
 Convention collective appliquée par l'entreprise :
 N° d'immatriculation au RCS / RM :
 N° SIRET : Code NAF :
 L'entreprise poursuit-elle l'exploitation d'un prédécesseur ? OUI NON
 Si oui, joindre le justificatif. A défaut, indiquer la raison sociale, l'adresse et le N° SIREN du prédécesseur :

 Préciser la nature de l'opération intervenue avec le prédécesseur (achat, location-gérance, apport de fonds de commerce en totalité ou en partie,...)

CABINET COMPTABLE

Nom du cabinet : Correspondant :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél : Fax : E-mail :

EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : dont collaborateurs cadres :

GARANTIES PREVOYANCE COLLECTIVE

Modification de Contrat Nouvelle Adhésion

COLLÈGE ASSURÉ	CADRES			NON CADRES			AUTRE		
Précisions :	effectif assuré :			effectif assuré :			effectif assuré :		
DÉCÈS (obligatoire)	Option :			Option :			Option :		
RENTE DE CONJOINT	<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :			<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :			<input type="checkbox"/> Mariés uniquement <input type="checkbox"/> Ensemble du Collège Option :		
INCAPACITÉ INVALIDITÉ SECTEUR : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Franchise : jours Montant : % T**			Franchise : jours Montant : % T**			Franchise : jours Montant : % T**		
TAUX GLOBAL DE COTISATION DONT :	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :	DC : IP :
DATE D'EFFET DEMANDÉE*									

* Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande. ** Traitement annuel de base.

