



**Convention collective nationale de la de la boucherie, boucherie-charcuterie-traiteur, poissonnerie (détail et gros),  
écailler, traiteur de la mer (IDCC 3254)  
Secteur professionnel de la Poissonnerie**

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION**  
**aux Conditions générales du Contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire et « Responsable »**

**AFFILIATION**                       **MODIFICATION**. Merci de préciser le motif : .....

**PARTIE RÉSERVÉE À VOTRE EMPLOYEUR (cocher les cases selon la situation du salarié)**

Raison sociale de l’Entreprise adhérente : .....

N° contrat frais de santé : ..... / ..... AT / MAL

Catégorie :  Non cadre\*     Cadre\*     Apprenti     En portabilité     Autre

Date d’entrée dans l’entreprise : ..... / ..... / .....

Date d’entrée dans le contrat : ..... / ..... / .....

Type de contrat de travail :  CDI     CDD                      du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

(\* ) tel que défini dans l’Acte de mise en place du Régime

Cachet de l’employeur

**PARTIE RÉSERVÉE AU SALARIÉ (cocher les cases selon votre situation)**

Numéro de Sécurité sociale : ..... Clé : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

Nom de naissance : ..... Nom usuel/marital : .....

Prénoms : .....

Adresse : .....

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

Email : ..... @ ..... Téléphone (facultatif) : .....

Situation familiale :             célibataire             marié(e)             partenaire de PACS             concubin (e)

divorcé(e)             veuf(ve)             séparé(e) de corps judiciairement

Avez-vous d’autres employeurs :  oui     non                      si oui, lesquels : .....

Situation(s) Particulière(s) cochez les cases utiles :

Depuis le : ..... / ..... / ....., vous êtes :  Mandataire social (tel que défini au contrat),  En cumul Emploi- Retraite

Depuis le : ..... / ..... / ....., vous êtes bénéficiaire d’un revenu de remplacement et votre contrat de travail est suspendu

Depuis le : ..... / ..... / ....., vous êtes bénéficiaire du dispositif de portabilité tel que défini au Contrat.

Date de cessation des droits à portabilité : ..... / ..... / .....

**Afin que le remboursement complémentaire de mes frais médicaux s’effectue de manière automatique, j’autorise l’APGIS en qualité de gestionnaire des prestations santé à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec ma Caisse d’Assurance Maladie, dans le respect et en conformité des dispositions relatives à la protection des données.**

**AFFILIATION DE VOS AYANTS DROIT (\*\* ) au titre du Régime conventionnel**

Votre entreprise vous permet d’opter pour une couverture de vos **Ayants droit à titre facultatif**. Dans ce dernier cas, je souhaite affilier mes Ayants droit (cocher la case correspondante à votre choix) :

**OUI**. J’ai bien noté que les cotisations mensuelles sont à ma charge et seront prélevées mensuellement d’avance directement sur mon compte bancaire par l’Institution. Elles sont précisées dans l’Annexe – Cotisations santé jointe au présent bulletin. Dans ce cas, **merci de remplir les informations ci-dessous et le mandat de prélèvement SEPA joint en fin de document.**

**NON**.

→ Tournez la page S.V.P

Contrat assuré et géré par :

**APGIS** Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

SIREN n°304-217-904. Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex



	Nom de naissance	Nom usuel/marital	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Autre mutuelle <sup>(1)</sup>	
Conjoint						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enfant à charge	<input type="checkbox"/> Scolarisé	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti		<input type="checkbox"/> Invalide / handicapé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Scolarisé	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti		<input type="checkbox"/> Invalide / handicapé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enfant à charge	<input type="checkbox"/> Scolarisé	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti		<input type="checkbox"/> Invalide / handicapé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Scolarisé	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti		<input type="checkbox"/> Invalide / handicapé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Au-delà du 3<sup>ème</sup> Enfant à charge, merci de mentionner les informations sur papier libre.

(1) Si oui, la télétransmission ne pourra pas être mise en place par l'APGIS. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte du Régime Obligatoire.

### (\*\*) DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Sont définis comme **Ayants droit** au titre du Contrat :

- **Votre Conjoint** qui peut être :
  - ⇒ votre époux ou votre épouse légitime, non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement bénéficiant de prestations, du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire français,
  - ⇒ à défaut, votre partenaire de PACS au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, bénéficiant de prestations du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire français,
  - ⇒ à défaut, votre concubin vivant en couple dans le cadre d'une union de fait selon l'article 515-8 du Code civil, bénéficiant de prestations du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire français et à condition que votre concubin et vous soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, et que le domicile fiscal soit le même.
- **Vos Enfants à charge** qui peuvent être vos enfants ou ceux de votre Conjoint :
  - ⇒ à charge au titre du Régime Obligatoire,
  - ⇒ **âgés de moins de 28 ans** et effectuant leur service national volontaire ou service civique ou sous contrat d'engagement jeune,
  - ⇒ **âgés de moins de 28 ans** et :
    - à charge fiscale, c'est à dire pris en compte dans votre quotient familial ou percevant une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global,
    - sous contrat de professionnalisation ou d'apprentissage ou poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Éducation Nationale et le Ministère du Travail,
    - à la recherche d'un premier emploi, pendant une durée maximale d'un (1) an de date à date et sur présentation de l'attestation de prise en charge par France travail à chaque demande de remboursement,
    - effectuant leur service national volontaire ou service civique ou sous contrat d'engagement jeune,
  - ⇒ quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires, **avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire**, de la carte d'invalidité civil ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, et s'ils n'établissent pas à titre personnel de déclaration de revenus.

### ADHÉSION AUX GARANTIES FACULTATIVES « Régime amélioré » pour vous et les Ayants droit affiliés au Contrat

Votre entreprise vous permet d'opter pour des Garanties facultatives « Régime Amélioré » moyennant le paiement des cotisations supplémentaires qui sont à votre charge.

Dans ce cas, je souhaite souscrire au « RÉGIME AMÉLIORÉ » complémentaire au « RÉGIME CONVENTIONNEL » (cocher la case correspondante à votre choix) :

- OUI.** J'ai bien noté que les cotisations supplémentaires mensuelles sont à ma charge et seront prélevées mensuellement d'avance directement sur mon compte bancaire par l'Institution. Elles sont précisées dans l'Annexe – Cotisations santé jointe au présent bulletin. Dans ce cas, **merci de remplir les informations ci-dessous et le mandat de prélèvement SEPA joint en fin de document.**
- NON**

Les dispositions applicables aux garanties facultatives ainsi que les conditions de changement de niveau de garanties sont définies dans la notice d'information.

**Il est rappelé qu'en n l'absence de choix formel, seules les Garanties « RÉGIME CONVENTIONNEL » s'appliqueront pour le paiement des prestations.**

**Dans tous les cas, vos Ayants droit bénéficieront automatiquement des mêmes Garanties que vous.**

Vous trouverez en Annexe de votre Notice d'information du contrat, l'Annexe 2 - Tableau des Garanties « REGIME AMÉLIORÉ » précisant les remboursements prévus par l'Institution.

Contrat assuré et géré par :



## VOS COTISATIONS

Les cotisations applicables à votre affiliation sont précisées dans l'Annexe – Cotisations santé, jointe au présent bulletin.

## PIÈCES À JOINDRE AU PRÉSENT BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

### Vous devez impérativement joindre à votre bulletin individuel d'affiliation :

- la copie de l'attestation de la carte Vitale à jour et mentionnant votre adresse actuelle, pour la mise en place du système de télétransmission NOEMIE et du tiers payant,
- un relevé d'identité bancaire (avec les coordonnées BIC et IBAN), pour le paiement de vos prestations par virement, à défaut le règlement sera effectué par chèque,
- au titre des affiliations facultatives, le Mandat SEPA ci-joint, complété et signé.

### Vous devez également joindre, selon votre situation :

- une photocopie de l'attestation de la carte Vitale délivrée à jour par le Régime Obligatoire de vos Ayants droit,
- pour les concubins, un certificat de vie commune ou une attestation sur l'honneur de vie commune accompagné d'un justificatif de domicile commun (Contrat de bail, facture EDF-GDF, etc.) libellé aux deux noms,
- pour les partenaires de PACS, une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public, (copie du récépissé d'enregistrement ou des actes de naissance),
- un certificat de scolarité pour chacun de vos enfants âgés de 18 ans ou plus, à renouveler à chaque rentrée scolaire,
- pour les enfants handicapés, une copie de sa carte d'invalidité ou de sa carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », ou de son attestation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
- l'attestation de prise en charge par France travail, pour l'assuré bénéficiant du dispositif de portabilité et pour les enfants à la recherche d'un premier emploi,
- l'attestation d'engagement de Service civique ou du contrat d'engagement jeune,
- toute autre pièce complémentaire demandée par l'Institution.

## VOS ENGAGEMENTS ET DÉCLARATIONS

- Le cas échéant, je m'engage à régler les cotisations résultant de mes affiliations facultatives (affiliation des Ayants droit et/ou adhésion aux garanties facultatives « Régime amélioré ») par prélèvement sur mon compte bancaire à l'exception de la première échéance que je réglerai par chèque ou virement bancaire sur appel de cotisation édité par l'APGIS.
- **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant en cours de validité, qui m'auront été transmises.**
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du Contrat référencée « NI POISSONNERIE SANTE ACTIF » ainsi que les Tableaux des Garanties santé et l'Annexe – Cotisations santé, jointes au présent bulletin.

Fait à .....  
le ..... / ..... / .....

**Signature de l'assuré**  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

APGIS collecte et traite vos données à caractère personnel, en qualité de responsable de traitement. Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande d'adhésion et pourront être transmises à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires. Les données sont collectées dans le cadre de la gestion de vos garanties, d'opérations de prospection commerciale, d'actions de recherche et de développement, d'actions sociales et/ou de prévention, de l'élaboration de statistiques et études actuarielles ainsi que pour l'exécution des dispositions légales, réglementaires tel que la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'opposition à la prospection commerciale.

Ces données seront conservées durant toute la vie des garanties et ensuite, jusqu'à expiration des délais de prescription et de conservation imposés par la réglementation. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant en vous adressant : dpo@apgis.com ou à APGIS – cellule Protection des données personnelles – 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Contrat assuré et géré par :

APGIS Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

SIREN n°304-217-904. Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex



### Information concernant le Régime de frais de santé

« 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. » Il s'élève à 83,23 % (ratio constaté par l'organisme assureur au titre de l'exercice 2024).

« 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. » Il s'élève à 12,00 % (ratio constaté par l'organisme assureur au titre de l'exercice 2024).

« 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. »



Contrat assuré et géré par :

**APGIS** Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

SIREN n°304-217-904. Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex

DOCUMENT à retourner dûment complété et signé par vos soins, à l'adresse suivante :

**APGIS – Service Fichier INTERPRO/ POISSONNERIE – 12 rue Massue – 94 684 VINCENNES CEDEX**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez l'APGIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APGIS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. L'exercice de ce droit ne vous exonère pas du paiement de vos cotisations

**Paiement des cotisations d'assurance de :**

**Type de paiement : Récurrent**

**Nom et adresse du titulaire du compte :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Désignation du compte à débiter :**

**IBAN :** \_\_\_\_\_

**BIC :** \_\_\_\_\_

**Désignation du créancier SEPA :** Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR68 ZZZ4 4207 6  
APGIS - 12 Rue Massue - 94684 Vincennes CEDEX - FRANCE

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature(s) du ou des titulaire(s) du compte à débiter :** *(Précédé de la mention « Lu et approuvé »)*

**Joindre obligatoirement à ce mandat un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) précisant l'IBAN.**

### CADRE RÉSERVÉ À L'APGIS

Référence Unique du Mandat (RUM) : \_\_\_\_\_

APGIS collecte et traite vos données à caractère personnel, en qualité de responsable de traitement. Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande d'adhésion et pourront être transmises à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires. Les données sont collectées dans le cadre de la gestion de vos garanties, d'opérations de prospection commerciale, d'actions de recherche et de développement, d'actions sociales et/ou de prévention, de l'élaboration de statistiques et études actuarielles ainsi que pour l'exécution des dispositions légales, réglementaires tel que la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'opposition à la prospection commerciale.

Ces données seront conservées durant toute la vie des garanties et ensuite, jusqu'à expiration des délais de prescription et de conservation imposés par la réglementation. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant en vous adressant : dpo@apgis.com ou à APGIS – cellule Protection des données personnelles – 12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) concernant la protection de vos données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris.