

BULLETIN D'ADHESION DE LA PHARMACIE D'OFFICINE
aux REGIMES CONVENTIONNELS MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE (Frais de soins de santé)
et DECES- INCAPACITE-INVALIDITE- MATERNITE- PATERNITE (Prévoyance)
instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité
ET aux REGIMES COMPLEMENTAIRES DE FRAIS DE SOINS DE SANTE et DE PREVOYANCE

ADHESION MODIFICATION DE L'ADHESION

RAISON SOCIALE : **SIGLE** :
Adresse du Siège social :
Code postal : |_|_|_|_| Ville :
TELEPHONE (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| FAX (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
EMAIL :@..... Date de création : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CODE NAF : |_|_|_|_|_| IDCC appliqué : 1996
REGIME OBLIGATOIRE DE L'ENTREPRISE ADHERENTE REGIME GENERAL REGIME ALSACE-MOSELLE
Nom de votre Expert-comptable :
EMAIL :@.....
Adresse du Siège social :
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

1 **ADHESION AUX REGIMES CONVENTIONNELS SANTE ET PREVOYANCE – BASE OBLIGATOIRE** prévus par la CCN de la Pharmacie d'officine incluant les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) pour l'ensemble du personnel Non cadre et Cadre et assimilé.
Conventions d'assurance collective N°OF/MAL pour les régimes Frais de soins de santé et N°OF/PREV pour les régimes de Prévoyance

Si vous avez déjà adhéré, merci de vous reporter au point 2 si vous souhaitez compléter vos garanties en choisissant le régime additionnel proposé par les régimes conventionnels et/ou en adhérant aux régimes complémentaires proposés par l'APGIS.

Je soussigné(e) agissant en qualité de représentant légal de la pharmacie ou personne dûment mandatée ayant pouvoir d'engager l'entreprise, déclare adhérer auprès de l'APGIS aux REGIMES CONVENTIONNELS OBLIGATOIRES DE FRAIS DE SOINS DE SANTE et DE PREVOYANCE de la CCN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE en faveur de la totalité du personnel à la date d'effet du 01 / |_|_| / 20|_|_|

REGIMES CONVENTIONNELS - BASE OBLIGATOIRE			
NON CADRE Tel que défini par la CCN		CADRE ET ASSIMILE Tel que défini par la CCN	
SANTE	PREVOYANCE	SANTE	PREVOYANCE
<input checked="" type="checkbox"/> BASE OBLIGATOIRE NON CADRE		<input checked="" type="checkbox"/> BASE OBLIGATOIRE CADRE (RPO)	

L'adhésion de l'entreprise aux Régimes conventionnels de base obligatoire MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE et DECES- INCAPACITE-INVALIDITE- MATERNITE- PATERNITE assurés par l'APGIS, permet en outre aux salariés d'opter pour l'affiliation facultative de leurs Ayants droit non à charge et pour une adhésion facultative pour eux et leurs Ayants droit aux garanties complémentaires « SANTE + » proposées par l'APGIS.
Cependant, l'Entreprise peut choisir de mettre en place le niveau de garanties « SANTE +» avec une adhésion obligatoire pour ses salariés Non cadre et /ou Cadre et assimilé (voir point 2 du présent bulletin). Dans ce cas, tous les salariés de la (/des) catégorie(s) de personnel concerné(es) seront obligatoirement couverts par le niveau de garanties « SANTE + ».



2 CHOIX DES GARANTIES PERMETTANT D'AMELIORER LA BASE OBLIGATOIRE DES REGIMES CONVENTIONNELS

Le choix est fait séparément pour le personnel NON CADRE d'une part et CADRE et ASSIMILE d'autre part.
Les garanties choisies deviennent obligatoires pour l'ensemble des salariés de la catégorie de personnel concernée

Je souhaite compléter les garanties de base obligatoires prévues au titre de mon adhésion aux régimes conventionnels de la Pharmacie d'officine (conventions d'assurance n°OF/MAL et n°OF/PREV) en choisissant les GARANTIES ADDITIONNELLES prévues par les régimes conventionnels et/ou en adhérant aux CONTRATS COMPLEMENTAIRES proposés par l'APGIS pour la Pharmacie d'officine.

2. 1 – CHOIX POUR LE PERSONNEL CADRE ET ASSIMILE TEL QUE DEFINI PAR LA CCN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

CADRE ET ASSIMILE Tel que défini par la CCN	
SANTE	PREVOYANCE
<input type="checkbox"/> SUPPLEMENTAIRE CADRE (RSF)	
<input type="checkbox"/> SANTE + (Les garanties s'ajoutent à celles déjà souscrites RPO seul ou avec RSF)	<input type="checkbox"/> FRANCHISE REDUITE (FRANCHISE 3 JOURS)

Date d'effet souhaitée des nouvelles garanties choisies pour le personnel cadre et assimilé 01 / |__| | / 20|__| |

2. 2 – CHOIX POUR LE PERSONNEL NON CADRE TEL QUE DEFINI PAR LA CCN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

NON CADRE Tel que défini par la CCN	
SANTE	PREVOYANCE
<input type="checkbox"/> SUPPLEMENTAIRE NON CADRE (permet de porter les garanties au niveau de la base obligatoire cadre = niveau RPO)	<input type="checkbox"/> DECES AMELIORE
<input type="checkbox"/> SURCOMPLEMENTAIRE NON CADRE (permet de porter les garanties au niveau du régime supplémentaire cadre = niveau RSF)	
<input type="checkbox"/> SANTE + (Les garanties s'ajoutent à celles déjà souscrites : base obligatoire / supplémentaire (niveau RPO) ou surcomplémentaire niveau RSF)	

Date d'effet souhaitée des nouvelles garanties choisies pour le personnel non cadre 01 / |__| | / 20|__| |

Il est rappelé que l'adhésion aux contrats complémentaires Frais de soins de santé et Prévoyance est accessoire à votre adhésion aux Conventions d'assurance collective N°OF/MAL pour les régimes Frais de soins de santé et N°OF/PREV pour les régimes de Prévoyance.

3 Vous trouverez joints au présent bulletin d'adhésion, les tableaux de Garanties et les cotisations applicables à votre adhésion Frais de soins de santé et prévoyance, selon la catégorie de personnel Non cadre et Cadre et assimilé.

Merci de vérifier toutes les informations indiquées sur le présent bulletin d'adhésion et joindre les pièces justificatives nécessaires à la gestion de votre adhésion.

A défaut, le dossier est considéré comme incomplet. Vous disposez d'un délai de 2 mois à compter de la date de signature du présent bulletin pour transmettre à l'APGIS les éléments manquants.

Il est rappelé que l'admission aux REGIMES CONVENTIONNELS et aux contrats COMPLEMENTAIRES de Frais de soins de santé et de prévoyance de la Pharmacie d'Officine est réalisée par la signature du présent bulletin d'adhésion contresigné par l'APGIS.



**DOCUMENT A RETOURNER SIGNÉ A
APGIS ADHESION - PHARMACIE D'OFFICINE
12 rue Massue 94684 VINCENNES CEDEX**

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT au présent bulletin :

- une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant la dénomination, la forme juridique et le siège social de la pharmacie datant de moins de 3 mois,
- une copie du pouvoir donné par le représentant légal s'il n'est pas signataire du bulletin d'adhésion,
- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du représentant légal ou du signataire, ainsi que tout justificatif habilitant ce dernier à prendre cet engagement au nom de l'entreprise,
- la liste des membres du personnel à assurer à la date d'effet de votre adhésion pour les régimes frais de soins de santé et de prévoyance, complétée et signée.

Les pièces transmises dans le cadre de votre adhésion aux régimes conventionnels sont prises en considération au titre de l'adhésion aux contrats complémentaires. L'Institution se réserve le droit de vous réclamer des pièces justificatives complémentaires si nécessaires.

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.

J'accepte de recevoir des offres de la part des partenaires de l'APGIS (cocher la case selon votre choix).

L'Entreprise adhérente :

- certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin et a bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité de ses adhésions,
- s'engage à régler les cotisations dues en application du ou des régimes mis en place de façon obligatoire,
- reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Convention d'assurance collective N°OF/PREV pour les régimes Décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité du personnel non cadre / cadre et assimilé et de la Convention d'assurance collective N°OF/MAL pour les régimes frais de soins de santé du personnel non cadre / cadre et des Conditions générales des régimes complémentaires frais de soins de santé référencées "CG PHARMACIE D'OFFICINE SANTE COMPLEMENTAIRE" et de prévoyance référencées "CG PHARMACIE D'OFFICINE PREV COMPLEMENTAIRE", comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur des Garanties. Elle reconnaît également avoir reçu un exemplaire des notices d'information des Régimes, à remettre à chaque salarié affilié.

Pour l'Entreprise adhérente	Fait à	Signature et cachet de la pharmacie
	le <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(précédés de la mention « Lu et approuvé »)

Cadre réservé à l'APGIS (acceptation)	Date d'effet (adhésion ou modification)	
	Non cadre	Cadre et assimilé
Régimes conventionnels -Base obligatoire	01 / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Base obligatoire
Garanties additionnelles prévues par les Régimes conventionnels ou par les contrats complémentaires APGIS	01 / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Supplémentaire – niveau RPO <input type="checkbox"/> Surcomplémentaire - niveau RSF <input type="checkbox"/> Santé + <input type="checkbox"/> Décès amélioré	<input checked="" type="checkbox"/> Base obligatoire - RPO <input type="checkbox"/> Supplémentaire - RSF <input type="checkbox"/> Santé + <input type="checkbox"/> Franchise réduite

Contrat n° : OF /

Visa APGIS

Il est rappelé que la ou les dates d'effet prise(s) en considération par l'Institution au titre de vos adhésions, est (sont) celle(s) indiquée(s) dans le « cadre réservé à l'APGIS ».



**Liste des membres du personnel à assurer à la date d'effet de votre adhésion
aux régimes et niveaux de couverture choisis pour la MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE (Frais de soins de santé)
et le DECES- INCAPACITE-INVALIDITE- MATERNITE- PATERNITE (prévoyance)**

Nom de naissance et marital / Prénom	N° de Sécurité sociale	Situation de famille ⁽¹⁾	Date d'embauche	Catégorie ⁽²⁾		Portabilité en cours	Situation du contrat de travail ⁽³⁾	Dispense d'adhésion du salarié aux régimes Frais de soins de santé – cocher OUI ⁽⁴⁾
				NC	C			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OUI

- (1) M = marié(e), C = célibataire, V = veuf(ve), D = divorcé(e), P = partenaire de PACS, U = Concubin(e), S = séparé(e) de corps judiciairement.
- (2) C = cadre ou assimilé NC = non cadre
- (3) EV = En vigueur, S = Suspendu (indiquer alors le motif), C = cumul emploi retraite, MT = Mi-temps thérapeutique, TP = Temps partiel P = en portabilité
- (4) L'employeur précise dans cette colonne les salariés qui bénéficient d'une dispense régulière d'adhésion et s'engage à informer l'Institution en cas de modification de la situation des salariés devant entraîner une adhésion aux régimes Frais de soins de santé.

Fait à.....

le / /

**Signature et cachet
de l'Entreprise adhérente**

