

# BULLETIN D'ADHESION PREVOYANCE

## CCN Esthétique-Cosmétique et Enseignement Associé

<b>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée accompagnée des documents mentionnés</b>	<b>Réservé au centre de gestion</b>
<b>PIECES OBLIGATOIRES</b>	
<b>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ou à défaut l'inscription au répertoire SIRENE</li> <li>▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au Répertoire du Commerce et des sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM)</li> <li>▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE</li> </ul>	
La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso) ou <b>passport</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Vous utilisez la DSN</b> : inutile de nous adresser les demandes d'affiliation/radiation pour vos collaborateurs. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la première DSN ;</li> <li>▪ <b>Vous n'utilisez pas encore la DSN</b> : vous devez nous adresser vos demandes d'affiliation/radiation pour chaque salarié à assurer ou un état ou fichier nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant notamment pour chaque intéressé son numéro de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, son adresse, sa date de naissance, sa date d'embauche.</li> </ul>	
Une liste déclarative des <b>sinistres en cours</b> au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date (incapacité temporaire de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rentes de conjoint ou d'éducation ou handicap...) <b>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</b>	
Un état nominatif des salariés en <b>congé de maternité, paternité ou adoption</b> et ceux dont le <b>contrat de travail est suspendu</b>	
Une liste déclarative des <b>anciens salariés</b> bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la <b>portabilité des droits</b> indiquant pour chaque intéressé son n° de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, sa date de naissance, la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties	
<b>PIECES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER</b>	
La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une fusion/absorption	



IDCC 3032

Document à renvoyer à APICIL Prévoyance  
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

Nouvelle adhésion

Modification d'adhésion

**ENTREPRISE**

N° SIRET :

Dénomination ou raison sociale : .....

Forme juridique : ..... Date de création de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

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

Tél. : ..... E-mail : .....

Code NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC : **3032** Convention collective appliquée par l'entreprise : **Esthétique-cosmétique et enseignement associé**

Effectif affilié à l'AGIRC :  Effectif non affilié à l'AGIRC :

Lieu d'activité ou ADRESSE À RETENIR par le centre de gestion pour toute correspondance (appel des cotisations, échanges administratifs...) : .....

Nom du dirigeant : ..... Agissant en qualité de : .....

Né(e) le :  Code postal :  Ville : ..... Pays : .....

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

Fonction : ..... Tél. : ..... E-mail : .....

**GARANTIES PREVOYANCE COLLECTIVE**

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord du 16 mars 2009 et ses avenants, de la branche de l'esthétique-cosmétique et enseignement associé relatif au régime de prévoyance.

<b>COLLEGE ASSURE</b>	Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 <b>ayant un an d'ancienneté dans l'entreprise</b> – Effectif : .....
-----------------------	--

	GARANTIES <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATION CONTRACTUELS*		DATE D'EFFET DEMANDEE <sup>(2)</sup>
		TA	TB	
<b>CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE</b>	• Décès/IAD • Incapacité de travail • Invalidité <b>Ces garanties sont assurées par Humanis Prévoyance</b>	0,75 %	0,75 %	..... / ..... / .....
	• Rentes éducation <b>Ces garanties sont assurées par l'OCIRP</b>	0,05 %	0,05 %	

\* En vigueur à compter du 01/01/2019

<sup>(1)</sup> Joindre le barème de prestations. <sup>(2)</sup> Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande

**TA** : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS | **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **IAD** : Invalidité Absolue et Définitive.

**Conformément aux dispositions de l'article R.931-1-14 du Code de la Sécurité sociale, Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont seuls responsables vis-à-vis des participants, des bénéficiaires et des ayants droit pour les garanties qu'ils assurent.**

