

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN Commerces de Détail Non Alimentaires  
CDNA**

IDCC : 1517

**Entreprise**

**Prévoyance**



**APICIL Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par le titre  
III du livre IX du Code de la Sécurité  
sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE  
N° 321 862 500

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

**LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION**

Merci de <b>renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée</b> , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous	<b>Réservé au centre de gestion</b>
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>	
<b>La fiche conseil datée et signée</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 Registre 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 <b>du ou des dirigeant(s)</b> en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso) ou <b>passport</b>	
<b>Les statuts de votre entreprise</b> traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité	
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>	
<b>Le(s) tableau(x) des 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> <b>En l'absence de sinistres en cours</b> , renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention « <b>Néant</b> »	
Une liste déclarative des <b>anciens salariés</b> couverts au titre de la <b>portabilité des droits</b> indiquant pour chaque intéressé son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, sa date de naissance, la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, le début et la fin de la période de maintien de garanties	
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b>	
<b>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs* au greffe du tribunal</b> * Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % de capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (article R 561-1 du Code monétaire et financier)	
Pièces justificatives dans le cadre d'une <b>opération juridique</b> (reprise, fusion, absorption)	
<b>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation</b> 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 nom et prénom, son adresse, sa date de naissance, sa date d'embauche. <b>Ces pièces ne sont pas obligatoires si vous utilisez la DSN.</b>	

**DEMANDE D'ADHÉSION  
COLLECTIVE  
PRÉVOYANCE**



**PRÉVOYANCE**



API0000101343

CCN CDNA

**Commerces de Détail Non Alimentaires  
IDCC : 1517**

**A remplir par l'entreprise et à renvoyer au centre de gestion :  
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex**

**Votre conseiller**

Nom :  
Code :  
Tél. :

**Cadre réservé à la gestion**

N° devis :  
Date :

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 - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1517 - Commerces de Détail Non Alimentaires**

**DIRIGEANT(E)**

Nom du représentant légal : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de : ..... Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (Code postal/Ville/Pays) : .....

**CONTACT DANS L'ENTREPRISE**

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

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

**CABINET COMPTABLE**

Nom du cabinet : .....

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

Adresse : .....

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

Tél. : ..... E-mail : .....

**EFFECTIFS**

Effectif global de l'entreprise : .....

Effectif personnel cadre\* : ..... Effectif personnel non cadre\*\* : .....

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

\* relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017

\*\* ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017

**APICIL Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par le titre  
III du livre IX du Code de la Sécurité  
sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE  
N° 321 862 500

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
**www.apicil.com**

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord du 28 mars 2019 de la **Convention Collective Nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires (CDNA)** relatif au régime de prévoyance.

<b>COLLÈGE ASSURÉ</b>	<input type="checkbox"/> Personnel cadre <input type="checkbox"/> Personnel non cadre	Effectif : .....	Effectif : .....	
	<b>GARANTIES <sup>(1)</sup></b>	<b>TAUX DE COTISATION CONTRACTUELS*</b>		<b>DATE D'EFFET DEMANDÉE <sup>(2)</sup></b>
		<b>T1</b>	<b>T2</b>	
<b>CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel de base obligatoire : - Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Frais d'obsèques - Rente éducation, rente handicap ( <b>Assurées par l'OCIRP</b> )			..... / ..... / .....
<b>CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel + option 1 (obligatoire) : - Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Frais d'obsèques - Rente éducation, rente handicap, rente de conjoint ( <b>Assurées par l'OCIRP</b> )			..... / ..... / .....
	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel + option 2 (obligatoire) : - Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Frais d'obsèques - Rente éducation, rente handicap, rente de conjoint ( <b>Assurées par l'OCIRP</b> )			..... / ..... / .....
<b>CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> <b>Option maintien de salaire</b> (Arrêts de travail postérieurs à la date d'effet de l'adhésion)			..... / ..... / .....

\* En vigueur à compter du 01/10/2019 - <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

**T1** : fraction de salaire inférieure ou égale au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS). **T2** : fraction de salaire, comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS pour les régimes base, option 1 et option 2 ; comprise entre 1 fois et 8 fois le PASS pour l'option maintien de salaire.

## DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... représentant l'entreprise ....., ci-dessus nommée, demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires** auprès d'APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'accord du 28 mars 2019 relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

APICIL Prévoyance s'engage à respecter les dispositions de l'accord conventionnel de prévoyance et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

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

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de prévoyance proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

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

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

**Date** : \_\_\_\_\_

**Cachet de l'entreprise** :

**Signature\*** (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

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

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 et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. 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](mailto: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/>

**APICIL Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)