

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Offre sectorielle Transports routiers et activités auxiliaires de transport IDCC 16

Entreprise

Frais de santé



Offre sectorielle

Transports routiers et activités auxiliaires de transport

IDCC 16

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

<p>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous</p>	<p>Réservé au centre de gestion</p>
<p style="text-align: center;">PIÈCES OBLIGATOIRES</p>	
<p>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ou à défaut l'inscription au répertoire SIRENE ▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au Registre du Commerce et des sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE 	
<p>La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passport</p>	
<p>Les statuts de votre entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité</p>	
<p>Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits 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</p>	
<p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le RIB de chaque salarié ▪ l'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié ▪ le mandat de prélèvement SEPA si paiement des options facultatives par le salarié <p>* La carte Tiers Payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale</p>	
<p style="text-align: center;">PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p>	
<p>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal</p>	



**Offre sectorielle Transports routiers
et activités auxiliaires de transport
IDCC 16**

À remplir par l'entreprise et à renvoyer au centre de gestion :

GROUPE APICIL – 38 rue François Peissel – BP 99 – 69644 Caluire et Cuire Cedex
04 72 27 78 78 – www.apicil.com

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :
Date du devis :

Nouvelle adhésion

Modification d'adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : _____

Dénomination ou raison sociale :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Code NACE : Activité principale exercée :

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **16 – Transports routiers et activités auxiliaires de transport**

DIRIGEANT(E)

Nom du représentant légal : Prénom :

Agissant en qualité de : Date de naissance : _____

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

Bénéficiaires effectifs*

Nom du bénéficiaire effectif	Prénom du bénéficiaire effectif	Date de naissance	Lieu de naissance	Parts/actions détenues	Bénéficiaire effectif depuis le :

En l'absence de bénéficiaires effectifs*, remplir uniquement les informations relatives au représentant légal.

* Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (Article R 561-1 du Code monétaire et financier)

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 :

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

Effectif personnel cadre* :

Effectif personnel non cadre* :

* Tel que défini selon la législation en vigueur

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Collège(s) assuré(s)	Nom du produit ⁽¹⁾	Effectif assuré	Taux de cotisations ⁽²⁾ exprimés en pourcentage du PMSS ⁽³⁾					Date d'effet demandée ⁽⁴⁾
			Adulte/Enfant		Isolé/Famille		Prime unique famille	
			Adulte	Enfant ⁽⁵⁾	Isolé	Famille		
<input type="checkbox"/> Cadres ⁽⁶⁾	Régime amélioré <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2 % % % % %/...../.....
<input type="checkbox"/> Non cadres ⁽⁶⁾	Régime de base <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 Régime amélioré <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2 % % % % %/...../.....
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	Régime de base <input type="checkbox"/> CCNFMTRP1 Régime amélioré <input type="checkbox"/> CCNFMTRP2 % % % % %/...../.....

(1) Joindre le barème des garanties - (2) Toutes taxes comprises en vigueur - (3) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - à titre d'illustrations, PMSS 2019 = 3 377 euros - (4) Au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande - (5) Gratuité à partir du 3^e enfant - (6) Tel que défini selon la législation en vigueur

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) agissant en qualité de représentant l'entreprise ci-dessus nommée, reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement **d'APICIL MUTUELLE** et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

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 santé 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.

Je demande l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif d'assurance **Offre sectorielle Transports routiers et activités auxiliaires de transport – IDCC 16**, à partir du :

Date d'effet souhaitée (lors de l'établissement du devis) : _____

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 ou à l'adresse : APICIL MUTUELLE - 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://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>