

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

## Offre sectorielle Commerce de gros IDCC 0573

### Entreprise

**Prévoyance**



# Offre sectorielle Commerce de gros IDCC 0573



## 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>	
<p><b>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</b></p> <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>	
<p><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.</p> <p><b>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement</b></p> <p><b>En l'absence de sinistres en cours</b>, renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention « <b>Néant</b> »</p>	
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>	
<b>Le questionnaire médical de chaque salarié</b> complété et signé (à nous renvoyer avec votre demande d'adhésion dans une enveloppe cachetée)	
<p><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.</p> <p><b>Ces pièces ne sont pas obligatoires si le collègue assuré ne remplit pas les conditions de renvoi du questionnaire médical et que vous utilisez la DSN.</b></p>	

**Offre sectorielle  
Commerce de gros  
IDCC 0573**

**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](http://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 : **0573 – Commerce de gros**

**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 : .....

Effectif personnel cadre\* : .....

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

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

\* Tel que défini selon la législation en vigueur

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Collège assuré	Effectif assuré	Nom du produit	Taux de cotisations		Date d'effet demandée <sup>(2)</sup>
			TA	TB	
<input type="checkbox"/> Non cadres <sup>(1)</sup>	.....	<input type="checkbox"/> CCNCOMGRO-1 (régime de base)	..... %	..... %	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Non cadres <sup>(1)</sup>	.....	<input type="checkbox"/> CCNCOMGRO-2 (régime amélioré)	..... %	..... %	...../...../.....

(1) Tel que défini dans l'accord national de branche du régime prévoyance

(2) Au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande

## 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 PRÉVOYANCE** 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 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.

Je demande l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif d'assurance **Offre sectorielle Commerce de gros – IDCC 0573**, 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](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://www.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**