

# DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

**CCN des organismes de formation  
IDCC : 1516**

Entreprise

**Prévoyance**



## 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.	Réservé au centre de gestion
<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.	
<p><b>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs* au greffe du tribunal de commerce.</b></p> <p>* 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)</p>	
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(e) son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, sa date et lieu de naissance (Code Postal, ville, pays), la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.	
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b>	
<p><b>Si vous n'utilisez pas la DSN : 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(e) son numéro de Sécurité sociale, ses nom et prénom, son adresse, sa date et lieu de naissance (Code Postal, ville, pays), sa date d'embauche.</p>	
La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)	



**Organismes de formation**  
**IDCC : 1516**

**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**

**Votre conseiller**

Nom :  
Code :  
Tél. :

**Cadre réservé à la gestion**

N° devis :  
Date :

Nouvelle adhésion  Modification de garanties

**ENTREPRISE**

N° SIRET : \_\_\_\_\_

Dénomination ou raison sociale : .....

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

Adresse : .....

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

Tél. : ..... E-mail : .....

Dénomination et adresse du siège social (si différentes) : .....

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

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1516 – Organismes de formation**

**DIRIGEANT(E)**

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

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

Lieu de naissance (code postal/ville/pays) : .....

Bénéficiaires effectifs*					
Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance (code postal/ville/pays)	Parts/actions détenues	Bénéficiaire effectif depuis le

L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs\*

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 (pour faciliter nos échanges) : .....

## 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 définit dans l'accord de Branche.

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'**avenant du 19 novembre 2015 et ses annexes successives** de la convention collective nationale des **organismes de formation**, relatif aux régimes de prévoyance.

<b>COLLEGE ASSURÉ</b>	<input type="checkbox"/> Personnel cadre Effectif : .....	<input type="checkbox"/> Personnel non cadre Effectif : .....
-----------------------	---	---

	COLLÈGES ASSURÉS	GARANTIES <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATION <sup>(2)</sup>		DATE D'EFFET DEMANDÉE <sup>(3)</sup>
			T1	T2	
<b>CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Cadre	<b>Régime conventionnel obligatoire</b> : Décès, incapacité de travail, invalidité, frais d'obsèques et rente éducation ( <b>assurée par l'OCIRP</b> )	<b>1,56 %</b>	<b>2,06 %</b>	..... / ..... / .....
	<input type="checkbox"/> Non cadre	<b>Régime conventionnel obligatoire</b> : Décès, incapacité de travail, invalidité, frais d'obsèques et rente éducation ( <b>assurée par l'OCIRP</b> )	<b>1,41 %</b>	<b>2,04 %</b>	..... / ..... / .....

<b>CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> <b>Option maintien de salaire</b> (Arrêts de travail postérieurs à la date d'effet de l'adhésion)	<input type="checkbox"/> Régime général	0,69 %	1,19 %	..... / ..... / .....
	<input type="checkbox"/> Non cadre		<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle	1,53 %	1,85 %	

(1) Joindre le barème de prestations

(2) **Taux de cotisation en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.**

Aux taux contractuels du régime conventionnel, s'ajoute le recouvrement, par l'Institution de prévoyance, de la cotisation de fonctionnement de la commission paritaire fixée à 0,05% de la masse salariale non cadre et cadre, à la charge de l'employeur.

(3) Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande |

**T1** : fraction de salaire inférieure ou égale au Plafond de la Sécurité Sociale

**T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le Plafond de la Sécurité Sociale pour les non cadres et 8 fois pour les cadres.

## DECLARATIONS 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 organismes de formation**, 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'**avenant du 19 novembre 2015 et ses annexes successives**, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des organismes de formation**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire et facultatif. 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**

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**

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 je **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**