

DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

**CCN ORGANISMES DE FORMATION
IDCC : 1516**

Entreprise

Frais de Santé



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>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 Répertoire 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 et lieu de naissance (code postal, ville, pays), la date de cessation de son contrat de travail, le début et la fin de la période de maintien de garanties.</p>	
<p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée, 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 et la copie d'une pièce d'identité pour le paiement par le salarié des options facultatives. <p>* L'attestation de droits Tiers Payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p>	
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p>	
<p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)</p>	
<p>La lettre d'accord pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après : <i>« Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance Je soussigné (nom/prénom) (fonction dans l'entreprise) de (Raison sociale de l'entreprise) domiciliée au (adresse adhérent) demande à (nom de l'assureur actuel) la résiliation pour le (date de résiliation) du contrat de complémentaire santé de référence (référence contrat) ayant débuté le (date de début d'effet) en raison de (motif de résiliation). Date et signature. »</i> Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/</p>	



Organismes de Formation
IDCC : 1516

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date :	

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

- Nouvelle adhésion Modification de garanties

Résiliation pour votre compte

Je souhaite être accompagné pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre d'accord pour la résiliation** sur papier à en-tête de l'entreprise selon le modèle figurant page précédente.
APICIL Prévoyance se chargera de la résiliation auprès de votre assureur actuel. La résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande de résiliation chez l'assureur sortant. Votre nouveau contrat ne prendra effet qu'après cette date.

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 postal : Ville :

Code NACE : Activité principale exercée :

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

DIRIGEANT(E)

Nom du dirigeant : 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 (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 :

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 19 novembre 2015 et ses avenants successifs** mettant en place un régime complémentaire frais de santé dans la branche des **Organismes de Formation**.

COLLEGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel cadre <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre	Effectif : Effectif : Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)	

	GARANTIES ⁽¹⁾	TAUX MENSUEL DE COTISATION ⁽²⁾ EN % DU PMSS ⁽³⁾	COTISATION VERSÉE PAR :
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle (Niveau 1) <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + Option 1 (Niveau 2) <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + Option 2 (Niveau 3)	Salarié : ⁽⁴⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION FACULTATIVE	Extension ayants droit Options facultatives, selon le choix du niveau obligatoire par l'employeur	Conjoint : ⁽⁴⁾ Enfant : ⁽⁴⁾ Salarié/Conjoint/Enfant ⁽⁴⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié

- (1) Joindre le barème des garanties,
 (2) Toutes taxes comprises en vigueur,
 (3) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale,
 (4) Se référer au document « Vos cotisations régime frais de santé »

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, y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé 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'accord du 19 novembre 2015 et ses avenants successifs**, mettant en place un régime frais de santé 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 frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé 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 frais de santé 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 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.

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** 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