

# DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

## CCN des prestataires de services du secteur tertiaire IDCC 2098

### Entreprise

### Prévoyance



---

**APICIL PREVOYANCE**

Institution de Prévoyance régie par  
le livre IX du Code de la Sécurité  
sociale. N° SIREN 321 862 500  
38 rue François Peissel  
69300 Caluire et Cuire

[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

**MALAKOFF HUMANIS**

**PREVOYANCE**  
Institution de prévoyance régie par  
Le livre IX du Code de la Sécurité  
sociale. N° SIREN 775 691 181  
21 rue Laffitte 75009 Paris

[www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)

**MUTEX**

Société anonyme d'assurance,  
régie par le Code des Assurances,  
140 avenue de la République  
92327 Chatillon cedex.

[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

**OCIRP**

Union d'Institutions de prévoyance  
régie par l'article L931-2 du Code  
de la Sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris

[www.ocirp.fr](http://www.ocirp.fr)

## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHESION

<p><b>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée, signée et accompagnée des documents mentionnés.</b></p>	<p><b>Réservé au centre de gestion</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b></p>	
<p><b>Un extrait Kbis de moins de 3 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 Répertoire du Commerce et des sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ;</li> <li>▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE.</li> </ul>	
<p>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>.</p>	
<p><b>Les statuts de votre entreprise</b> traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité.</p>	
<p><b>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs* au greffe du tribunal.</b></p> <p><i>* 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)</i></p>	
<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>	
<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 (incapacité temporaire de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rentes de conjoint ou d'éducation ou handicap...).</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>	
<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.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b></p>	
<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>	
<p>La <b>liste des salariés à transférer</b> dans le cadre d'une fusion/absorption</p>	

#### APICIL PREVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 321 862 500  
38 rue François Peissel  
69300 Caluire et Cuire

[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

#### MALAKOFF HUMANIS

**PREVOYANCE**  
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181  
21 rue Laffitte 75009 Paris

[www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)

#### MUTEX

Société anonyme d'assurance, régie par le Code des Assurances, 140 avenue de la République  
92327 Chatillon cedex.

[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

#### OCIRP

Union d'Institutions de prévoyance régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris

[www.ocirp.fr](http://www.ocirp.fr)



**Prestataires de services du secteur tertiaire  
IDCC 2098**

**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 : **2098 - Prestataires de services du secteur tertiaire**

**DIRIGEANT(E)**

Nom du dirigeant : ..... 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 DE L'ENTREPRISE

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

Effectif personnel CADRE\* : ..... Effectif personnel NON-CADRE\* : .....

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

\*Tel que défini dans l'accord de Branche et ses avenants.

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, notamment l'avenant du 26 octobre 2020** de la **Convention Collective Nationale des Prestataires de Services du Secteur Tertiaire**, relatifs aux régimes de prévoyance.

COLLEGES ASSURÉS	GARANTIES PREVOYANCE <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATIONS <sup>(2)</sup>			DATE D'EFFET DEMANDEE <sup>(3)</sup>
		TA	TB	TC	
<input type="checkbox"/> CADRES  Effectif : .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décès/PTIA</li> <li>▪ Frais d'obsèques</li> <li>▪ Incapacité de travail</li> <li>▪ Invalidité</li> </ul>	1,72 %	1,72 %	1,72 %	... / ... / .....
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rente éducation</li> <li>▪ Rente de conjoint</li> <li>▪ Rente handicap</li> </ul> <b>Garanties assurées par l'OCIRP</b>	0,27 %	0,27 %	0,27 %	
	<b>Taux contractuel global</b>	<b>1,99 %</b>	<b>1,99 %</b>	<b>1,99 %</b>	
<input type="checkbox"/> NON-CADRES  Effectif : .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décès/PTIA</li> <li>▪ Frais d'obsèques</li> <li>▪ Incapacité de travail</li> <li>▪ Invalidité</li> </ul>	1,43 %	1,43 %		... / ... / .....
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rente éducation</li> <li>▪ Rente de conjoint</li> <li>▪ Rente handicap</li> </ul> <b>Garanties assurées par l'OCIRP</b>	0,12 %	0,12 %		
	<b>Taux contractuel global</b>	<b>1,55 %</b>	<b>1,55%</b>		

<sup>(1)</sup> Joindre le tableau de garanties – <sup>(2)</sup> en vigueur à compter du 01/01/2022 – <sup>(3)</sup> au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande  
**TA** : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS | **TC** : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le PASS | **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

## 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 du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**, 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.

**APICIL PREVOYANCE**  
 Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 321 862 500  
 38 rue François Peissel  
 69300 Caluire et Cuire  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

**MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**  
 Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181  
 21 rue Laffitte 75009 Paris  
[www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)

**MUTEX**  
 Société anonyme d'assurance, régie par le Code des Assurances, 140 avenue de la République  
 92327 Chatillon cedex.  
[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

**OCIRP**  
 Union d'Institutions de prévoyance régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale  
 17 rue de Marignan 75008 Paris  
[www.ocirp.fr](http://www.ocirp.fr)

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans **l'accord du 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, notamment l'avenant du 26 octobre 2020**, relatifs à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Prestataires de Services du Secteur Tertiaire**.

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 la fiche d'informations 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 PREVOYANCE**

Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 321 862 500  
38 rue François Peissel  
69300 Caluire et Cuire

[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

**MALAKOFF HUMANIS**

**PREVOYANCE**  
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181  
21 rue Laffitte 75009 Paris

[www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)

**MUTEX**

Société anonyme d'assurance, régie par le Code des Assurances, 140 avenue de la République  
92327 Chatillon cedex.

[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

**OCIRP**

Union d'Institutions de prévoyance régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale  
17 rue de Marignan 75008 Paris

[www.ocirp.fr](http://www.ocirp.fr)