

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN des établissements et services
pour personnes inadaptées et handicapées
du 15 mars 1966
IDCC 413**

**Régime de prévoyance conventionnel
+
Options garanties décès – IAD et
rachat de franchise**

Entreprise

Prévoyance



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

**CCN des établissements et services
pour personnes inadaptées et
handicapées du 15 mars 1966
IDCC 413**



LISTE DES PIÈCES A JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée, signée et accompagnée des documents mentionnés.	Réservé au centre de gestion
PIÈCES OBLIGATOIRES	
<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. 	
Les statuts de l'entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité.	
<p>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs* au greffe du tribunal de commerce.</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>	
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>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours 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>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</p> <p>En l'absence de sinistres en cours, renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention « Néant ».</p>	
Un état nominatif des salariés en congé de maternité, paternité ou adoption , et ceux dont le contrat de travail est suspendu .	
Une liste déclarative des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits indiquant pour chaque intéressé son n° de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, sa date et lieu (code postal, ville, pays) de naissance, la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.	
PIÈCES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER	
Si vous n'utilisez pas la DSN : les demandes individuelles d'affiliation/radiation 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 (CP, ville, pays), sa date d'embauche.	
La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une fusion/absorption	



**Établissements et services pour personnes inadaptées et
handicapées du 15 mars 1966 - IDCC : 413**

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 devis :

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 : **0413 - CCN 66** Adhérent au syndicat NEXEM : Oui Non

Assureurs précédents : AG2R MUTEX MALAKOFF HUMANIS AUTRE (à préciser) :

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 dans l'entreprise 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 PREVOYANCE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'avenant n° 322 révisé par les avenants n° 332, 335, 347, 357 et l'avenant 362 du 16 Septembre 2021** de la **CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, relatifs aux régimes de prévoyance collectifs.

COLLÈGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Personnel cadre Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre Effectif :	
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)	

	GARANTIES ⁽¹⁾	COLLÈGE ASSURÉ	TAUX DE COTISATION ⁽²⁾		
			TA	TB	TC
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE + CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE (rachat de franchise)	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel	Personnel cadre	2,49 %	3,75 %	3,75 %
		Personnel non-cadre	2,49 %	2,49 %	
	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel + option franchise à 30 jours	Personnel cadre	3,38 %	5,82 %	5,82 %
		Personnel non-cadre	3,38 %	4,56 %	
	<input type="checkbox"/> Régime conventionnel + option franchise à 60 jours	Personnel cadre	2,73 %	4,59 %	4,59 %
		Personnel non-cadre	2,73 %	3,33 %	

CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE (options renfort garanties Décès)	<input type="checkbox"/> Option Décès - IAD	Personnel cadre	+ 0,22 %	+ 0,22 %	+ 0,22 %
	<input type="checkbox"/> Option Décès - IAD + Allocation Obsèques	Personnel cadre	+ 0,26 %	+ 0,26 %	+ 0,26 %
		Personnel non-cadre	+ 0,26 %	+ 0,26 %	+ 0,26 %
<input type="checkbox"/> Option Décès - IAD Accidentel	Personnel cadre	+ 0,14 %	+ 0,14 %	+ 0,14 %	
	Personnel non-cadre	+ 0,14 %	+ 0,14 %	+ 0,14 %	

(1) Joindre le barème des garanties - (2) **En vigueur à compter du 1^{er} mars 2022** - IAD : Invalidité Absolue et Définitive

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.

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 établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966** 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 n° n° 322 révisé par les avenants n° 332, 335, 347, 357 et l'avenant 362 du 16 Septembre 2021** de la **convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, relatifs aux régimes de prévoyance collectifs.

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

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. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

L'entreprise s'engage à informer le centre de gestion APICIL Prévoyance, des nouveaux salariés embauchés, dans le mois suivant la date d'embauche, ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans le mois suivant l'événement.

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'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 et que ces informations sont les seules de nature à permettre à APICIL Prévoyance de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

J'envoie la présente demande d'adhésion au centre de gestion dûment complétée et signée, 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 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