

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN des entreprises de Désinfection,
Désinsectisation, Dératisation (3D)
IDCC : 1605**

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 entreprises de
Désinfection, Désinsectisation,
Dératisation (3D)
IDCC : 1605**



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

| | |
|--|-------------------------------------|
| Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous. | 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 Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ; ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE. | |
| La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passport . | |
| Les statuts de votre entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité. | |
| La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal de commerce. | |
| Un état nominatif des salariés en congé de maternité, paternité ou adoption et ceux dont le contrat de travail est suspendu . | |
| <p>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date.</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> | |
| Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits 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. | |
| PIÈCES OBLIGATOIRES 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 (Code Postal, ville, pays), sa date d'embauche. | |
| La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...) | |



CCN 3D

**CCN des entreprises de Désinfection,
Désinsectisation, Dératisation (3D)**

**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 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 :

Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :

Code NACE : Activité principale exercée :

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1605 - entreprises de Désinfection, Désinsectisation, Dératisation (3D)**

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 défini selon la législation en vigueur

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'avenant du 13 mai 2014 de la **CCN des entreprises de Désinfection, Désinsectisation et Dératisation (3D)** relatif au régime de prévoyance des salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN des cadres du 14 mars 1947, tels que définis dans l'avenant du 13 mai 2014.

| COLLÈGE ASSURÉ | <input checked="" type="checkbox"/> Personnel non-cadre ⁽¹⁾ Effectif : | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--------------------------|--------------------|--|----|----|---|--|--------|--------|--|--------|--------|
| DATE D'EFFET DEMANDÉE |/...../..... (Au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande) | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">GARANTIES ⁽²⁾</th><th colspan="2">TAUX DE COTISATION</th></tr><tr><th>TA</th><th>TB</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2">CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Régime conventionnel<ul style="list-style-type: none">▪ Décès/IAD▪ Incapacité de travail▪ Invalidité▪ Frais d'obsèques</td><td>0,67 %</td><td>0,67 %</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Régime conventionnel<ul style="list-style-type: none">▪ Rentes éducation (Garanties assurées par l'OCIRP)</td><td>0,18 %</td><td>0,18 %</td></tr></tbody></table> | | GARANTIES ⁽²⁾ | TAUX DE COTISATION | | TA | TB | CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE | <input checked="" type="checkbox"/> Régime conventionnel <ul style="list-style-type: none">▪ Décès/IAD▪ Incapacité de travail▪ Invalidité▪ Frais d'obsèques | 0,67 % | 0,67 % | <input type="checkbox"/> Régime conventionnel <ul style="list-style-type: none">▪ Rentes éducation (Garanties assurées par l'OCIRP) | 0,18 % | 0,18 % |
| | GARANTIES ⁽²⁾ | | | TAUX DE COTISATION | | | | | | | | | | |
| | | TA | TB | | | | | | | | | | | |
| CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE | <input checked="" type="checkbox"/> Régime conventionnel <ul style="list-style-type: none">▪ Décès/IAD▪ Incapacité de travail▪ Invalidité▪ Frais d'obsèques | 0,67 % | 0,67 % | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Régime conventionnel <ul style="list-style-type: none">▪ Rentes éducation (Garanties assurées par l'OCIRP) | 0,18 % | 0,18 % | | | | | | | | | | | |

⁽¹⁾ Tel que défini dans l'accord de branche ⁽²⁾ Joindre le barème de prestations

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS - **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale - **IAD** : Invalidité Absolue et Définitive

DÉCLARATIONS 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 entreprises de Désinfection, Désinsectisation et Dératisation (3D)**, 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 13 mai 2014, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des entreprises de Désinfection, Désinsectisation et Dératisation (3D)**.

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.

Le représentant de l'entreprise 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.

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 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/>