DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

CCN Plasturgie
IDCC 0292

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 Plasturgie
IDCC 0292

LISTE DES PIECES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Merci de **renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée,** accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.	**Réservé au centre de gestion**
PIÈCES OBLIGATOIRES	
Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements : ▪ 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 **passeport**.	
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. * 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)	
Un état nominatif des salariés en **congé de maternité, paternité ou adoption** et ceux dont le **contrat de travail est suspendu**.	
Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date. **Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement**. **En l'absence de sinistres en cours,** renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention **« Néant »**.	
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…)	

DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE
CCN PLASTURGIE

APICIL PRÉVOYANCE

PREVOYANCE

APIO000101343

Plasturgie - IDCC 0292

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

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

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 : **0292 – Plasturgie**

DIRIGEANT

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 non-cadre [1] : ..... Effectif personnel cadre [2] : .....

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

[1] Tel que défini dans l'accord de branche [2] Salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

GARANTIES PREVOYANCE COLLECTIVE

Les garanties sont celles prévues dans **l'accord du 29 octobre 2014 et ses avenants successifs** de la **Convention Collective Nationale de la Plasturgie** relatifs aux régimes de prévoyance du **personnel non-cadre**.

COLLEGE ASSURE	☐ Personnel non-cadre [1] **ayant au moins 3 mois d'ancienneté** - Effectif : .....

PERSONNEL NON-CADRE	GARANTIES [2]	TAUX DE COTISATION [3]		DATE D'EFFET DEMANDEE [4]
		TA	TB	
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE	☐ Base conventionnelle : Décès (capital ou capital réduit + rente éducation assurée par OCIRP), décès accidentel, IAD, frais d'obsèques, incapacité, invalidité	0,93 %	0,93 %	...../...../.....
CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF À ADHESION OBLIGATOIRE	☐ Option Décès *	+ 0,24 %	+ 0,24 %	...../...../.....
	☐ Option Incapacité – Invalidité *	+ 0,45 %	+ 0,45 %	
	☐ Option Décès + Incapacité Invalidité *	+ 0,69 %	+ 0,69 %	

[1] Tel que défini dans l'accord de branche [2] Joindre le barème de prestations [3] En vigueur au 01/01/2021
[4] Au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

* **L'entreprise, relevant de la CCN de la Plasturgie, qui a souscrit la base conventionnelle, a la possibilité de compléter le niveau des garanties en souscrivant de façon obligatoire pour l'ensemble de son personnel non-cadre, une des 3 options complémentaires, soit à la date d'effet de la base conventionnelle soit au 1er janvier d'un exercice. Le changement d'option ou la résiliation de l'option peut se faire au 1er janvier de chaque année sous réserve d'en avoir fait la demande par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année précédente.**

➢ **Pour le personnel cadre, une offre dédiée au secteur d'activité est proposée.**

COLLEGE ASSURE	☐ Personnel cadre [1] - Effectif : .....

PERSONNEL CADRE	GARANTIES [2]	TAUX DE COTISATION 2021			DATE D'EFFET DEMANDEE [3]
		TA	TB	TC	
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE	☐ Allizé 1	1,93 %	2,30 %	2,72 %	...../...../.....
	☐ Allizé 2	2,40 %	2,95 %	3,46 %	
	☐ Allizé 3	1,95 %	1,92 %	2,29 %	
	☐ Allizé 4	2,11 %	2,56 %	2,95 %	

[1] Salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 [2] Joindre le barème de prestations [3] Au plus tôt le 1er 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 | **IAD** : Invalidité Absolue et Définitive

DECLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité

de ..... représentant l'entreprise .....,

ci-dessus nommée et relevant de la **Convention Collective Nationale de la Plasturgie**, demande à adhérer :

- au profit de l'ensemble de ses salariés non cadres ayant au moins trois d'ancienneté, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale de la Plasturgie**,
- et éventuellement au profit de ses salariés cadres,

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.

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 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/**