

BULLETIN D'ADHÉSION PRÉVOYANCE



CCN des régies de quartier

Article 15 (sauf les départements du haut et bas Rhin et de la Moselle bénéficiant d'un bulletin spécifique)

Merci de renvoyer votre bulletin d'adhésion complété, daté et signé accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIÈCES OBLIGATOIRES	
Un extrait K-BIS de moins de 3 mois du siège et des différents établissements : <ul style="list-style-type: none">▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au RCS/RM,▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE▪ ou à défaut le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association.	
La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso), passport, carte de séjour.	
La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal de commerce.	
La copie du pouvoir ayant dûment habilité le représentant légal mentionné sur le Kbis lorsque le signataire n'est pas le Président de l'association.	
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 ».	
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 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 (CP, 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 SUPPLÉMENTAIRES 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 RÉGIES DE QUARTIER
IDCC 3105

Article 15 (sauf les départements du haut et bas Rhin et de la Moselle bénéficiant d'un bulletin spécifique)

Document à renvoyer à APICIL Prévoyance
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

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 : **3105 - Régies de quartier**

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) :

GARANTIES PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 12 avril 1999, l'avenant n° 17 du 17 février 2011 modifiant l'Article 15 de la CCN Régies de quartier** et les avenants successifs relatifs au régime de prévoyance **des départements autres que ceux du haut et bas Rhin et de la Moselle** (bénéficiant d'un bulletin spécifique).

COLLÈGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Personnel non-cadre ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Personnel cadre ⁽¹⁾	- Effectif : - Effectif :
-----------------------	--	--

CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE	COLLÈGE ASSURÉ	GARANTIES ⁽²⁾	TAUX DE COTISATION CONTRACTUELS ⁽³⁾		DATE D'EFFET DEMANDÉE ⁽⁴⁾
			T1	T2	
	Personnel cadre ⁽¹⁾	• Maintien de salaire (Assuré par MALAKOFF HUMANIS Prévoyance)	0,40 %	1,10 %/...../.....
		• Incapacité de travail, Invalidité, Décès/IAD (Assurés par MALAKOFF HUMANIS Prévoyance)	0,98 %	0,98 %	
		• Rentes éducation/conjoint/handicap (Assurées par l'OCIRP)	0,52 %	0,52 %	
	Personnel non-cadre ⁽¹⁾	• Maintien de salaire (Assuré par MALAKOFF HUMANIS Prévoyance)	0,57 %	0,57 %	
		• Incapacité de travail, Invalidité, Décès/IAD (Assurés par MALAKOFF HUMANIS Prévoyance)	0,68 %	0,68 %	
		• Rentes éducation/conjoint/handicap (Assurées par l'OCIRP)	0,41 %	0,41 %	

⁽¹⁾ Tel que défini dans l'accord de branche | ⁽²⁾ Joindre le barème de prestations | ⁽³⁾ En vigueur à compter du 1^{er} avril 2020, conformément à l'avenant n° 1 du 10 janvier 2020 | ⁽⁴⁾ Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PSS | **T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PSS | **PSS** : Plafond de la Sécurité Sociale | **IAD** : Invalidité Absolue et Définitive.

Conformément aux dispositions de l'article R.931-1-14 du Code de la Sécurité sociale, MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et l'OCIRP sont seuls responsables vis-à-vis des participants, des bénéficiaires et des ayants droit pour les garanties qu'ils assurent.

DEMANDE D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

L'entreprise, ci-dessus nommée, demande à adhérer au profit de l'ensemble de **ses salariés** sous contrat de travail, aux règlements de **MALAKOFF HUMANIS Prévoyance (Institution de Prévoyance)** et de l'**OCIRP (Union d'Institutions de Prévoyance)** et aux dispositions du régime conventionnel.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies par l'accord de prévoyance mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des **Régies de quartier**. L'entreprise s'engage à informer **APICIL Prévoyance**, centre de gestion de MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et de l'OCIRP pour ce régime conventionnel des régies de quartier, tous les trimestres, des nouveaux salariés embauchés ainsi que des salariés quittant l'entreprise ou directement via la DSN.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance du descriptif des garanties du régime de prévoyance conventionnel obligatoire ainsi que la répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié. 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.**

Le représentant de l'entreprise reconnaît que le conseiller lui a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance ainsi que la fiche conseil. Il reconnaît avoir reçu l'information nécessaire lui permettant de déterminer si le contrat de prévoyance proposé est cohérent avec ses besoins et sa situation.

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur ce bulletin d'adhésion et le bulletin de déclaration des salariés en arrêt de travail au moment de son adhésion sont strictement conformes à la réalité et qu'elles sont seules de nature à permettre à MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et à l'OCIRP de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et l'OCIRP s'engagent à respecter les dispositions de l'accord de prévoyance et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

MALAKOFF HUMANIS Prévoyance (Institution de Prévoyance) et l'**OCIRP** (union d'Institutions de Prévoyance) sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, énoncée à l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale et assurent les garanties du régime de prévoyance.

APICIL Prévoyance sera votre interlocuteur sur toutes les questions relatives à la gestion dudit régime.

Si vous avez des salariés en arrêt de travail à la date d'effet du présent bulletin d'adhésion, merci de compléter impérativement le tableau de déclaration des salariés en arrêt de travail ci-dessous. En vertu de l'article L.932-4 du Code de la Sécurité sociale, tout salarié non déclaré sur ce bulletin, pourra faire l'objet d'un refus d'indemnisation par l'assureur et engager la responsabilité de son employeur qui aura omis d'effectuer cette formalité.

Assuré par : **MALAKOFF HUMANIS Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181, dont le siège social est situé 21 rue Lafitte, 75009 Paris, et **OCIRP**, Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, 75008 Paris.
 Géré par : **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 au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

APICIL Prévoyance
 38 rue François Peissel
 BP 99
 69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

LISTE DES SALARIÉS EN ARRÊT DE TRAVAIL (PRÉCISER POUR CHACUN LA CATÉGORIE CONCERNÉE)

NOM	PRÉNOM	N° SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE DÉBUT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL	SALAIRE ANNUEL BRUT	NATURE DE L'ARRÊT <small>INDIQUER L'INCAPACITÉ OU LA CATÉGORIE D'INVALIDITÉ (1-2-3)</small>
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		
		_____	___/___/_____		

Si vous avez plus de dix salariés en arrêt de travail à la date d'effet du présent bulletin, vous devez demander un formulaire complémentaire auprès de votre centre de gestion afin de pouvoir déclarer les salariés supplémentaires.

SIGNATURES

ACCEPTATION POUR MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et L'OCIRP.
APICIL Prévoyance, Institution agissant pour le compte de MALAKOFF HUMANIS Prévoyance et de l'OCIRP dont elle est membre. (cadre réservé)

Fait à, le/...../.....

Signature (et cachet)

POUR L'ENTREPRISE.

Fait à, le/...../.....

Nom

.....

Qualité du signataire

Signature (et cachet)

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/>

Assuré par : **MALAKOFF HUMANIS Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181, dont le siège social est situé 21 rue Lafitte, 75009 Paris, et **OCIRP**, Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, 75008 Paris.

Géré par : **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 au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

APICIL Prévoyance
 38 rue François Peissel
 BP 99
 69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com