

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN **DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE ÉTENDUE  
A LA MAÎTRISE D'OEUVRE**  
IDCC : 2332

Entreprise

Prévoyance



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE **D'ADHÉSION**

<p><b>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</b></p>	<p>Réservé au centre de gestion</p>
<p><b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b></p>	
<p>La fiche conseil remplie, datée et signée.</p>	
<p>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</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 du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passeport</p>	
<p>Les statuts de votre entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité.</p>	
<p>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal de commerce.</p>	
<p>Les demandes individuelles <b>d'affiliation/radiation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous utilisez la DSN : inutile de nous adresser les demandes individuelles d'affiliation/radiation pour vos collaborateurs. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la première DSN.</li> <li>• <b>Vous n'utilisez pas encore</b> la DSN : vous devez nous adresser vos demandes individuelles d'affiliation/radiation pour chaque salarié à assurer ou un fichier nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant notamment pour chaque intéressé(e) son numéro de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, son adresse, sa date de naissance, lieu de naissance (CP, ville, pays) et sa date d'embauche.</li> </ul>	
<p>Un état nominatif des salariés en congé de maternité, paternité ou adoption et ceux dont le contrat de travail est suspendu.</p>	
<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 : <b>les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte</b> ultérieurement.</p> <p><b>En l'absence de sinistres en cours</b>, renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention « Néant » .</p>	
<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 de naissance 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.</p>	
<p><b>PIÈCES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER</b></p>	
<p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).</p>	



**Entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre**  
IDCC : 2332

**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 : 2332 – **Entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre**

**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

Effectif global de l'entreprise : ..... Effectif cadre\* : ..... Effectif non-cadre\* : .....

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

\*Tel que défini dans l'accord de Branche

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 24 juillet 2003 mis à jour le 7 juillet 2014** et ses avenants successifs de la branche des **entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre** relatif aux régimes de prévoyance.

COLLEGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Personnel cadre                      Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre                      Effectif : .....				
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	COLLÈGES ASSURÉS	GARANTIES <sup>(1)</sup>	TAUX DE COTISATION <sup>(2)</sup>		DATE D'EFFET DEMANDÉE <sup>(3)</sup>
			T1	T2	
	<input type="checkbox"/> Cadre	Régime conventionnel - taux contractuel* - taux d'appel* 2022  Maintien de salaire - taux contractuel - taux d'appel 2022	2,11 % 1,98 %	2,71 % 2,52 %	..... / ..... /.....
	<input type="checkbox"/> Non-cadre	Régime conventionnel - taux contractuel* - taux d'appel* 2022  Maintien de salaire - taux contractuel - taux d'appel 2022	1,07 % 0,96 %	1,07 % 0,96 %	..... / ..... /.....

(1) Joindre le barème de prestations – (2) En vigueur au 1er janvier 2022 - (3) Au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au Plafond de la Sécurité Sociale,

T2 : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le Plafond de la Sécurité Sociale.

\*Attention : à ces taux **s'ajoute** la contribution au fonds du paritarisme fixée à 0,11% de la masse salariale, appelée pour le compte de l'APGBA (Association Paritaire de Gestion de la Branche Architecture) et à la charge **exclusive de l'employeur**.

## 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, aux contrats collectifs à adhésion obligatoire du régime conventionnel de prévoyance et du maintien de salaire de la Convention Collective Nationale des **entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre**, 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'accord du 24 juillet 2003 mis à jour le 7 juillet 2014** et ses avenants successifs, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la Convention Collective Nationale des **entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire et des conditions générales décrivant le maintien de salaire obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera à l'entreprise la notice d'information relative au régime de prévoyance conventionnel. 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 informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par API C I L Prévoyance pour la gestion du contrat. **La base légale du traitement est l'exécution du contrat. Les données collectées seront communiquées aux services compétents intervenant dans le cadre de la gestion du contrat ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire** pour la finalité déclarée.

Les données sont conservées pendant une durée de 5 ans à compter de la fin du contrat et pendant une durée de 10 ans à compter de la **connaissance du sinistre en cas de décès pour les contrats de prévoyance, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables**. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à [dpo@apicil.com](mailto:dpo@apicil.com) ou à l'adresse : API C I L Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur [www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles](http://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles)