

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN du Commerce de Détail de l'Horlogerie-  
Bijouterie  
IDCC 1487**

Entreprise

**Frais de Santé**



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

|   |  |
|---|--|
| <p>Merci de <b>renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée</b>, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p>   | <p><b>Réservé au centre de gestion</b></p> |
| <p style="text-align: center;"><b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b></p>   |  |
| <p><b>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</b></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 Registre 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 <b>du ou des dirigeant(s)</b> en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso) ou <b>passport</b>.</p>   |  |
| <p><b>Les statuts de votre entreprise</b> traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité.</p>   |  |
| <p>Une liste déclarative des <b>anciens salariés</b> couverts au titre de la <b>portabilité des droits</b> indiquant pour chaque intéressé 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 début et la fin de la période de maintien de garanties.</p>   |  |
| <p><b>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée</b>, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le RIB de chaque salarié,</li> <li>▪ l'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié,</li> <li>▪ le mandat de prélèvement SEPA et une copie d'une pièce d'identité pour le paiement par le salarié des options facultatives.</li> </ul> <p>* L'attestation de droits Tiers Payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p>   |  |
| <p style="text-align: center;"><b>La liste des salariés à transférer</b> dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).</p>  |  |
| <p><b>La lettre d'accord pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance</b> selon le modèle ci-après :</p> <p>« <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance</i></p> <p><i>Je soussigné (nom/prénom) (fonction dans l'entreprise) de (Raison sociale de l'entreprise) domiciliée au (adresse adhérent) demande à (nom de l'assureur actuel) la résiliation pour le (date de résiliation) du contrat de complémentaire santé de référence (référence contrat) ayant débuté le (date de début d'effet) en raison de (motif de résiliation). Date et signature. »</i></p> <p>Modèle disponible sous <a href="https://mon.apicil.com/salon-client/">https://mon.apicil.com/salon-client/</a></p> |  |



**CCN CDHB**

**CCN du Commerce de Détail de  
L'Horlogerie Bijouterie – IDCC : 1487**

**À remplir par l'entreprise et à renvoyer à votre conseiller commercial  
ou courtier.**

**Votre conseiller**

Nom :  
Code :  
Tél. :

**Cadre réservé à la gestion**

N° devis :  
Date :

Nouvelle adhésion

Modification de garanties

**Résiliation pour votre compte**

Je souhaite être accompagné pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre d'accord pour la résiliation** sur papier à en-tête de l'entreprise selon le modèle figurant page précédente.

APICIL Prévoyance se chargera de la résiliation auprès de votre assureur actuel. La résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande de résiliation chez l'assureur sortant. Votre nouveau contrat ne prendra effet qu'après cette date.

**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 : **1487 – Commerce de détail de l'Horlogerie - Bijouterie**

**DIRIGEANT(E)**

Nom d'usage du représentant légal : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Agissant en qualité de : .....

Date naissance : \_\_\_\_\_ Lieu naissance (code postal/ville/pays) : .....

| Bénéficiaires effectifs =<br>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) |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nom d'usage   |   |   |   |   |
| Nom de naissance  |   |   |   |   |
| Prénoms   |   |   |   |   |
| Date de naissance   |   |   |   |   |
| Lieu de naissance<br>(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.

## 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 : .....

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord du 16/12/2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale Commerce de Détail de l'Horlogerie Bijouterie relatifs au régime de frais de santé.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>COLLEGE ASSURÉ</b>        | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel Effectif : .....<br><input type="checkbox"/> Personnel cadre <sup>(1)</sup> Effectif : .....<br><input type="checkbox"/> Personnel non-cadre <sup>(1)</sup> Effectif : ..... |
| <b>RÉGIME OBLIGATOIRE</b>    | <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle  |
| <b>DATE D'EFFET DEMANDÉE</b> | ...../...../..... (au plus tôt le 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande)  |

<sup>(1)</sup> Merci de définir le(s) collèg(e)s couvert(s) avec précision dans le respect de la réglementation en vigueur :

| Collège cadres  | Collège non-cadres   |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salariés relevant de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017 (cadres uniquement)<br><input type="checkbox"/> Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017 (cadres et assimilés cadres) | <input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017<br><input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017 |

|   | GARANTIES   | TAUX DE COTISATION <sup>(2)</sup><br>EN % DU PMSS <sup>(3)</sup>   | COTISATION<br>VERSÉE PAR :                    |
|---|---|--|---|
| <b>CONTRAT COLLECTIF À<br/>ADHÉSION OBLIGATOIRE</b> | <input type="checkbox"/> Base conventionnelle<br><input type="checkbox"/> Base intermédiaire<br><input type="checkbox"/> Base améliorée | Couverture du<br>Salarié seul <sup>(4)</sup> : .....   | <input checked="" type="checkbox"/> Employeur |
| <b>CONTRAT COLLECTIF À<br/>ADHÉSION FACULTATIVE</b> | Extension ayants droit <sup>(5)</sup>   | Se reporter au document :<br>« Vos cotisations régime<br>frais de santé<br>CCN des organismes de<br>tourisme » | <input checked="" type="checkbox"/> Salarié   |
|   | Les options éligibles <sup>(5)</sup> dépendent de la<br>base obligatoire choisie :<br>- Option 1 facultative<br>- Option 2 facultative  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Salarié   |

<sup>(2)</sup> Toutes taxes comprises en vigueur – <sup>(3)</sup> Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – <sup>(4)</sup> La part du financement employeur affectée à la cotisation ne pourra être inférieure à 50 % de la cotisation globale – <sup>(5)</sup> Les cotisations finançant les garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié

## DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire: ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... E-mail : .....

Date naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu naissance (code postal/ville/pays) : .....

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 ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la convention collective nationale du commerce de détail de l'horlogerie Bijouterie, 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 16/12/2015** relatif au remboursement des frais de santé et ses avenants successifs de la convention collective nationale du **Commerce de Détail de l'Horlogerie Bijouterie**

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé 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 frais de santé 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 santé 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.

**Date d'effet souhaitée** (lors de l'établissement du devis) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 APICIL Prévoyance pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

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 : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO) - Direction des Systèmes d'Information - 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)