DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

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

Entreprise

☒ Prévoyance

CCN des entreprises d'architecture étendue à la maîtrise d'œuvre

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	
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 ; ▪ ou à défaut le récépissé de déclaration en préfecture pour les associations.	
La copie d'une pièce d'identité **du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent** en cours de validité : **carte nationale d'identité** (recto/verso), **passeport, carte de séjour** ou **permis de conduire** délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
La **délégation de pouvoir** en bonne et due forme du signataire si ce dernier n'est pas le représentant légal de l'entreprise. A défaut, les statuts, si ceux-ci confirment le pouvoir du signataire.	
La copie de la **déclaration au registre des bénéficiaires effectifs** au greffe du tribunal de commerce.	
PIÈCES SUPPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
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…). **Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.**	
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.	
Un état nominatif des salariés dont le **contrat de travail est suspendu.**	
La **liste des salariés à transférer** dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption…).	
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 (CP, ville, pays), sa date d'embauche.	

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE
CCN ARCHITECTURE

APICIL PRÉVOYANCE

PREVOYANCE

APIO0000101343

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

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

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

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

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

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

Bénéficiaires effectifs =	**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 (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 cadre[1] : ..... Effectif non-cadre[2] : .....

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

[1] **Personnel relevant des Articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947**

[2] **Personnel ne relevant pas des Articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947**

SINISTRES EN COURS

Par « **sinistres en cours** » il faut entendre : le personnel (y compris ceux en portabilité ou dont le contrat de travail est suspendu, voire résilié) en arrêt de travail, indemnisé ou non, au titre de l'Assurance Maladie ou par un précédent organisme assureur complémentaire, en accident du travail ou maladie professionnelle, en invalidité, ou encore en mi-temps thérapeutique, à la date d'effet des garanties.

Avez-vous des sinistres en cours sur votre effectif, connus à ce jour ? * ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, merci de compléter les tableaux de déclaration des sinistres en cours joints à la présente demande d'adhésion. Sinon, vous rapprocher de votre commercial ou de votre courtier afin qu'il vous transmette les documents déclaratifs ad hoc. Ils seront à compléter, signer et retourner avec votre demande d'adhésion.

* **La déclaration des sinistres en cours est obligatoire** afin de pouvoir estimer le tarif au plus juste, en tenant compte de cette reprise de passif. **L'entreprise s'engage à déclarer tous les arrêts de travail à la date de la proposition commerciale. Si de nouveaux arrêts sont survenus entre cette date et la date d'effet du contrat, l'entreprise devra impérativement les déclarer à l'assureur. L'Institution ne prendra en charge aucune prestation qui concernerait des salariés (ou anciens salariés) non déclarés au titre de la déclaration des sinistres en cours.**

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution pourra demander l'annulation du contrat.

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	☐ Personnel cadre ☐ Personnel non-cadre	Effectif : ..... Effectif : .....

	COLLÈGES ASSURÉS	GARANTIES	TAUX DE COTISATION (1) T1	TAUX DE COTISATION (1) T2	DATE D'EFFET DEMANDÉE (2)
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	☐ Cadre	**Régime conventionnel** - taux contractuel* - taux d'appel* **2024** **Maintien de salaire** - taux contractuel - taux d'appel **2024**	2,11 % **2,22 %** 0,63 % **0,66 %**	2,71 % **2,85 %** 0,63 % **0,66 %**	..... / ..... /.....
	☐ Non-cadre	**Régime conventionnel** - taux contractuel* - taux d'appel* **2024** **Maintien de salaire** - taux contractuel - taux d'appel **2024**	1,07 % **1,12 %** 0,73 % **0,77 %**	1,07 % **1,12 %** 0,73 % **0,77 %**	..... / ..... /.....

(1) En vigueur au 1er janvier 2024 - (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.

DECLARATIONS 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 ..... ,

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 **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** 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**