

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN des établissements et services  
pour personnes inadaptées et handicapées du 15  
mars 1966  
IDCC : 413**

**Régime conventionnel et  
garanties optionnelles**

Entreprise

**Frais de santé**



# CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

IDCC 783



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

Merci de <b>renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée</b> , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.	<b>Réservé au centre de gestion</b>
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>	
<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> <li>▪ ou à défaut le récépissé de déclaration en préfecture pour les associations.</li> </ul>	
La copie d'une pièce d'identité <b>du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent</b> en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso), <b>passport</b> , <b>carte de séjour</b> ou <b>permis de conduire</b> délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
La <b>délégation de pouvoir</b> 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.	
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b>	
Une <b>liste</b> 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, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.	
Un état nominatif des salariés dont le <b>contrat de travail est suspendu</b> .	
La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).	
<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><b>La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par Intégrance</b> selon le modèle ci-après :</p> <p>« <b>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par Intégrance</b></p> <p><i>Je soussigné(e) (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/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/">https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/</a></p>	

**DEMANDE D'ADHÉSION  
COLLECTIVE  
FRAIS DE SANTÉ**



**FRAIS DE SANTÉ**



API0000101242

**CCN 66**

**Établissements et services pour personnes  
inadaptées et handicapées du 15 mars 1966  
IDCC : 413**

**Votre conseiller**

Nom :  
Code :  
Tél. :

**Cadre réservé à la gestion**

N° devis :  
Date du devis :

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

Nouvelle adhésion  Modification d'adhésion

**Résiliation pour votre compte**

Je souhaite être accompagné(e) 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.

**Intégrance** 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 : **413 – CCN 66**

**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 personnel cadre <sup>(1)</sup> : ..... Effectif personnel non-cadre <sup>(2)</sup> : .....  
Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits : .....

<sup>(1)</sup> **Salariés relevant des art. 4 et 4bis de la CCN de 1947**

<sup>(2)</sup> **Salariés ne relevant pas des art. 4 et 4bis de la CCN de 1947**

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord Interbranche du 02 octobre 2019 de la CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, agréé par arrêté ministériel paru au Journal Officiel du 7 décembre 2019, relatif aux régimes de frais de santé.

<b>COLLÈGE ASSURÉ</b>	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel cadre Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre 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)

	<b>GARANTIES</b>	<b>TAUX DE COTISATION MENSUEL EN % DU PMSS <sup>(1)(2)</sup></b>	<b>COTISATION VERSEE PAR :</b>
<b>CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base + Option 1 obligatoire <input type="checkbox"/> Base + Option 2 obligatoire	Salarié : .....	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
<b>CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE</b>	Extension ayants droit	Conjoint : ..... Enfant : .....	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié  (à cocher impérativement)
	Option 1 facultative, si choix employeur base conventionnelle	Salarié/Conjoint/Enfant ...../...../.....	
	Option 2 facultative, si choix employeur base conventionnelle	Salarié/Conjoint/Enfant ...../...../.....	
	Option 2 facultative, si choix employeur option 1 obligatoire	Salarié/Conjoint/Enfant ...../...../.....	

(1) Toutes taxes comprises en vigueur - (2) Se référer au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN 66 »

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

## 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 .....,

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 des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, auprès d'**Intégrance**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social sis 51 rue Paul Meurice CS51111, 75970 PARIS Cedex 20.

La gestion est assurée par **APICIL Mutuelle**, mutuelle immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 302 927 553, siège social sis 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**accord Interbranche du 02 octobre 2019**, mettant en place un régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**. L'entreprise s'engage à informer le Groupe APICIL, centre de gestion de la mutuelle Intégrance, des nouveaux salariés embauchés ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.

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, le Groupe APICIL adressera la notice d'information relative au régime de frais de santé choisi par l'entreprise, ainsi que les statuts de la **Mutuelle Intégrance**. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

**Intégrance** 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.

J'envoie la présente demande d'adhésion, dûment complétée et signée, au centre de gestion accompagnée des pièces justificatives demandées et **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@integrance.fr** ou à l'adresse : **Intégrance - Délégué à la protection des données (D.P.O.) - 51 rue Paul Meurice CS51111 - 75970 PARIS Cedex 20**. 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://www.integrance.fr/protection-des-donnees-personnelles>**

Intégrance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900. Siège social : 51 rue Paul Meurice, 75020 Paris.

La gestion est assurée par **APICIL Mutuelle**, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social : 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Le présent dossier a pour finalité de vous proposer, pour vos salariés, le contrat frais de santé adapté à vos obligations conventionnelle et conforme à votre accord de Branche du 2 octobre 2019.

Compte tenu des informations dont nous disposons concernant votre entreprise et des obligations de la CCN 66 dont relève votre activité, vous avez obligation de couvrir vos salariés au minimum sur le régime de base conventionnelle.

En conséquence, nous vous proposons :

**Solution Frais de santé proposée** : Offre conventionnelle Santé CCN 66 et régimes optionnels, assureur recommandé : Intégrance, gestionnaire : APICIL Mutuelle.

Si vous ne relevez pas de la branche de la CCN 66 ou si vous souhaitez d'autres garanties, veuillez contacter votre conseiller.

## RATIOS DE GESTION 2022

**Prestations/Cotisations : 88,27 %**

**Le ratio entre le montant des prestations** versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

**Frais de gestion : 11,29 %**

**Le ratio entre le montant total des frais de gestion** au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

**Ces frais de gestion recouvrent** l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

## RÉMUNERATION DU CONSEILLER

Nos conseillers sont rémunérés principalement par un salaire fixe et une part variable mineure.

**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**