

DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

**CCN des Acteurs du Lien Social et Familial
(ALISFA)
IDCC : 1261**

Entreprise

Prévoyance



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

<p>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p>	<p>Réservé au centre de gestion</p>
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES</p>	
<p>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ou à défaut l'inscription au répertoire SIRENE ; ▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au Répertoire du Commerce et des Sociétés (RCS) ou au Répertoire des Métiers (RM) ; ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE. 	
<p>La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passport.</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><small>* Toute personne physique détenant directement ou indirectement plus de 25 % de capital ou des droits de vote, ou exerçant un pouvoir de contrôle (article R 561-1 du Code monétaire et financier)</small></p>	
<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 : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</p> <p>En l'absence de sinistres en cours, 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 et lieu (code postal, ville, pays) de naissance, 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>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p>	
<p>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 noms et prénoms, son adresse, sa date et son lieu (code postal, ville, pays) de naissance, sa date d'embauche.</p>	
<p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)</p>	



CCN ALISFA

Acteurs du Lien Social et Familial – ALISFA
IDCC : 1261

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 : **1261 - Acteurs du Lien Social et Familial**

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 (CP, 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 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'avenant n° 07 – 20 du 8 octobre 2020 de la Convention Collective des **Acteurs du Lien Social et Familial**, relatif aux régimes de prévoyance, applicable au 01/01/2021.

COLLEGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Personnel cadre ayant moins 4 mois d'ancienneté Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel cadre ayant au moins 4 mois d'ancienneté Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non cadre ayant au moins 4 mois d'ancienneté Effectif :
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

COLLÈGES ASSURÉS	GARANTIES PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATIONS CONTRACTUELS ⁽²⁾	
		T1	T2
<input type="checkbox"/> PERSONNEL CADRE			
AYANT MOINS DE 4 MOIS D'ANCIENNETE ⁽³⁾	Garanties obligatoires conventionnelles DECES (limitées à T1) • Décès/IAD • Rente éducation (Assurée par l'OCIRP*)	1,50 %	-
AYANT AU MOINS 4 MOIS D'ANCIENNETE ⁽³⁾	Garanties obligatoires conventionnelles • Décès/IAD • Incapacité de travail • Invalidité • Rente éducation (Assurée par l'OCIRP*)	2,10 %	3,20 %
AYANT AU MOINS 4 MOIS D'ANCIENNETE	Garanties optionnelles : <input type="checkbox"/> Option 2 ⁽⁴⁾ : du 4 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 30 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 4 ⁽⁴⁾ : rente de conjoint (Assurée par l'OCIRP*)	+ 0,63 % + 0,14 %	+ 0,87 % + 0,14 %
<input type="checkbox"/> PERSONNEL NON-CADRE	Garanties obligatoires conventionnelles • Décès/IAD • Incapacité de travail • Invalidité • Rente éducation (Assurée par l'OCIRP*)	1,44 %	1,44 %
AYANT AU MOINS 4 MOIS D'ANCIENNETE	Garanties optionnelles : <input type="checkbox"/> Option 1 : décès/IAD : 80 % du salaire annuel brut T1 + T2 <input type="checkbox"/> Option 2 ⁽⁴⁾ : du 4 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 90 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 3 : du 31 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 90 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 4 ⁽⁴⁾ : rente de conjoint (Assurée par l'OCIRP*)	+ 0,11 % + 0,87 % + 0,30 % + 0,14 %	+ 0,11 % + 0,87 % + 0,30 % + 0,14 %

(1) Joindre le barème de garanties – (2) **Taux de cotisation en vigueur au 01/04/2021 - IAD** : Invalidité Absolue et Définitive.

(3) La souscription des garanties pour le personnel cadre implique l'adhésion automatique à ces 2 contrats.

(4) Le choix de souscrire l'option 2 et/ou l'option 4 implique l'**adhésion de l'ensemble du personnel cadre et non cadre**.

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,

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

***OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

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

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 au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**, 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'avenant N° 07 – 20 du 08/10/2020**, applicable au 01/01/2021, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**.

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