

DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

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

Entreprise

Frais de Santé



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.
Siège social 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

www.apicil.com

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617
Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille

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 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. | |
| La copie d'une pièce d'identité du ou des dirigeant(s) en cours de validité : carte nationale d'identité (recto/verso) ou passport . | |
| Les statuts de votre entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité. | |
| Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits 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. | |
| Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée , avec : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le RIB de chaque salarié, ▪ l'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié, ▪ le mandat de prélèvement SEPA et une copie d'une pièce d'identité pour le paiement par le salarié des options facultatives. <p>* L'attestation de droits Tiers Payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p> | |
| PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER | |
| La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...). | |
| La lettre d'accord pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après : <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance</i> <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> Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/ | |

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. Siège social 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

www.apicil.com

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617
Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille



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

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

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)

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. Siège social 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

www.apicil.com

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617
Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille

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° 06-20 du 08/10/2020** de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial** (CCN ALISFA) relatif aux régimes de frais de santé.

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

| | GARANTIES ⁽¹⁾ | TAUX DE COTISATION MENSUEL EN % DU PMSS ⁽²⁾ | COTISATION VERSÉE PAR : |
|---|---|--|---|
| CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE | <input type="checkbox"/> Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 1 obligatoire <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 2 obligatoire | Salarié : ⁽⁴⁾ | <input checked="" type="checkbox"/> Employeur |
| CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION FACULTATIVE | Extension ayant droit - Enfants | Enfant : ⁽⁴⁾ | <input checked="" type="checkbox"/> Employeur |
| | Extension ayant droit - Conjoint(e) | Conjoint : ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) |
| | Les options éligibles dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 2 facultative | Se reporter au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN ALISFA » | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) |

(1) Joindre le barème des garanties - (2) Toutes taxes comprises en vigueur - (3) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 (4) Se reporter au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN ALISFA »

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.
 Siège social 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617
 Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille

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 de la CCN ALISFA, 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 Acteurs du Lien Social et Familial**, auprès du Groupement de coassureurs **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 et **SOLIMUT Mutuelle de France**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617 dont le siège social est situé : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans **l'avenant N° 06-20 du 08/10/2020**, relatif à la mise en place du régime frais de santé 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 frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. Dès l'enregistrement de l'adhésion, le gestionnaire 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 et SOLIMUT Mutuelle de France s'engagent 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 **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/>

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.
Siège social 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

www.apicil.com

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617
Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille