

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

## CCN Esthétique-Cosmétique et Enseignement Associé

IDCC 3032

### Entreprise

**Prévoyance**



**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](http://www.apicil.com)

## 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><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><b>La copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs* au greffe du tribunal de commerce.</b></p> <p><small>* 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)</small></p>	
<p>Un état nominatif des salariés en <b>congé de maternité, paternité ou adoption</b> et ceux dont le <b>contrat de travail est suspendu</b>.</p>	
<p><b>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours</b> 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><b>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</b></p> <p><b>En l'absence de sinistres en cours</b>, renvoyer le(s) formulaire(s) signé(s), avec la mention « <b>Néant</b> ».</p>	
<p>Une liste déclarative des <b>anciens salariés</b> bénéficiaires du maintien des garanties 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 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><b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b></p>	
<p><b>Si vous n'utilisez pas la DSN : les demandes individuelles d'affiliation/radiation</b> 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 (Code Postal, ville, pays), sa date d'embauche.</p>	
<p>La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une fusion/absorption</p>	



**CCN l'esthétique-cosmétique et enseignement associé  
IDCC 3032**

**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 du devis :

Nouvelle adhésion

Modification d'adhésion

**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 : **3032 - Esthétique-cosmétique et enseignement associé**

**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 (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)*

**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 : .....

\* *Tel que défini selon la législation en vigueur*

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 16 mars 2009 et ses avenants successifs** de la Convention Collective Nationale de **l'esthétique-cosmétique et enseignement associé** relatif au régime de prévoyance du personnel défini dans l'avenant n° 28 du 11/12/2020, ci-dessous dénommé Collège assuré.

COLLEGE ASSURE	Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 <b>ayant un an d'ancienneté dans l'entreprise</b>	TAUX DE COTISATION CONTRACTUELS <sup>(2)</sup>		DATE D'EFFET DEMANDEE <sup>(3)</sup>
		T1	T2	
CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décès – Double effet – Invalidité Absolue et définitive</li><li>• Incapacité de travail</li><li>• Invalidité</li><li>• Rente éducation (assurée par l'OCIRP)</li></ul>	0,80 %	0,80 %	..... / ..... /.....

<sup>(1)</sup> Joindre le barème de prestations

<sup>(2)</sup> **Taux de cotisation en vigueur au 01/01/2021.**

Aux taux contractuels du régime conventionnel, s'ajoute le recouvrement, par l'Institution de prévoyance, de la cotisation de fonctionnement de la commission paritaire fixée à **0,06 % de la masse salariale**, à la charge de l'employeur.

<sup>(3)</sup> Au plus tôt le 1<sup>er</sup> 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

## DÉCLARATIONS 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 ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 **ayant un an d'ancienneté dans l'entreprise**, entrant dans le champ d'application au contrat collectif à adhésion obligatoire du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale de l'esthétique-cosmétique et enseignement associé**, 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 mars 2009 et ses avenants successifs**, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale de l'esthétique-cosmétique et enseignement associé**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

**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**

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](mailto:dpo@apicil.com) ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance - Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peïssel, 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

38 rue François Peïssel  
BP 99  
69644 Caluire et Cuire Cedex  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)