

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des prestataires de services
du secteur tertiaire
IDCC 2098

Entreprise

Prévoyance



APICIL PREVOYANCE
Institution de Prévoyance régie par
le livre IX du Code de la Sécurité
sociale. N° SIREN 321 862 500
38 rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com

**MALAKOFF HUMANIS
PREVOYANCE**
Institution de prévoyance régie par
Le livre IX du Code de la Sécurité
sociale. N° SIREN 775 691 181
21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffhumanis.com

MUTEX
Société anonyme d'assurance,
régie par le Code des Assurances,
140 avenue de la République
92327 Chatillon cedex.
www.mutex.fr

OCIRP
Union d'Institutions de prévoyance
Régie par l'article L931-2 du Code
de la Sécurité sociale
17 rue de Marignan 75008 Paris
www.ocirp.fr

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	
<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 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), passport , 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 OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
<p>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date.</p> <p>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</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 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...)	
<p>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.</p> <p>Ces pièces ne sont pas obligatoires si vous utilisez la DSN.</p>	



CCN PRESTATAIRES DE SERVICES

**Prestataires de services du secteur tertiaire
IDCC 2098**

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

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 :

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 : Effectif personnel non-cadre :
 Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

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 vous rapprocher de votre commercial ou de votre courtier afin qu'il vous transmette le document déclaratif ad hoc. Il sera 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 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, notamment l'avenant du 3 octobre 2023** de la **Convention Collective Nationale des Prestataires de Services du Secteur Tertiaire**, relatifs aux régimes de prévoyance.

COLLEGES ASSURÉS	GARANTIES PREVOYANCE ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATIONS ⁽²⁾			DATE D'EFFET DEMANDEE ⁽³⁾
		TA	TB	TC	
<input type="checkbox"/> CADRES Effectif :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès/PTIA ▪ Frais d'obsèques ▪ Incapacité de travail ▪ Invalidité 	1,72 %	1,72 %	1,72 %	... / ... /
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rente éducation ▪ Rente de conjoint ▪ Rente handicap Garanties assurées par l'OCIRP	0,27 %	0,27 %	0,27 %	
	Taux contractuel global	1,99 %	1,99 %	1,99 %	

APICIL PREVOYANCE
 Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 321 862 500
 38 rue François Peissel
 69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
 Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181
 21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffhumanis.com

MUTEX
 Société anonyme d'assurance, régie par le Code des Assurances, 140 avenue de la République 92327 Chatillon cedex.
www.mutex.fr

OCIRP
 Union d'Institutions de prévoyance Régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale
 17 rue de Marignan 75008 Paris
www.ocirp.fr

		TA	TB	TC	
<input type="checkbox"/> NON-CADRES Effectif :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès/PTIA ▪ Frais d'obsèques ▪ Incapacité de travail ▪ Invalidité 	1,43 %	1,43 %		... / ... /
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rente éducation ▪ Rente de conjoint ▪ Rente handicap Garanties assurées par l'OCIRP	0,12 %	0,12 %		
	Taux contractuel global	1,55 %	1,55 %		

(1) Joindre le tableau de garanties – (2) en vigueur à compter du 01/01/2024 - (3) au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande
TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS | **TC** : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le PASS | **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Merci de définir le(s) collègue(s) couvert(s) avec précision dans le respect de la réglementation en vigueur :

Collège Cadres	Collège Non-cadres
<input type="checkbox"/> Personnel affilié à l'AGIRC	<input type="checkbox"/> Personnel non affilié à l'AGIRC
Ces catégories assurées se référant à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il était déterminé par la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et tel qu'il existait au 31 décembre 2018.	

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) :

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 du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**, 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 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, notamment l'avenant du 3 octobre 2023**, relatifs à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Prestataires de Services du Secteur Tertiaire**.

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 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.

APICIL PREVOYANCE
 Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 321 862 500
 38 rue François Peissel
 69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
 Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181
 21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffhumanis.com

MUTEX
 Société anonyme d'assurance, régie par le Code des Assurances, 140 avenue de la République 92327 Chatillon cedex.
www.mutex.fr

OCIRP
 Union d'Institutions de prévoyance Régie par l'article L931-2 du Code de la Sécurité sociale
 17 rue de Marignan 75008 Paris
www.ocirp.fr

Je demande l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif d'assurance des Prestataires de services du secteur tertiaire, à partir du :

Date d'effet souhaitée (lors de l'établissement du devis) : _____

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 informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion du contrat. 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 la finalité déclarée.

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), 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

APICIL PREVOYANCE
Institution de Prévoyance régie par
le livre IX du Code de la Sécurité
sociale. N° SIREN 321 862 500
38 rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com

**MALAKOFF HUMANIS
PREVOYANCE**
Institution de prévoyance régie par
Le livre IX du Code de la Sécurité
sociale. N° SIREN 775 691 181
21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffhumanis.com

MUTEX
Société anonyme d'assurance,
régie par le Code des Assurances,
140 avenue de la République
92327 Chatillon cedex.
www.mutex.fr

OCIRP
Union d'Institutions de prévoyance
Régie par l'article L931-2 du Code
de la Sécurité sociale
17 rue de Marignan 75008 Paris
www.ocirp.fr