DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Offre sectorielle des Bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils

IDCC 1486

Entreprise

☒ Prévoyance

APICIL 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

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Offre sectorielle des Bureaux d'études
IDCC 1486

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 : ▪ 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), **passeport, 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	
Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date. **Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement**.	
Le questionnaire médical de chaque salarié complété et signé (à nous renvoyer avec votre demande d'adhésion dans une enveloppe cachetée) si l'effectif catégoriel assuré est inférieur à 6 au moment de la souscription du contrat.	
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.	
La **liste des salariés** à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption…)	
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. **Ces pièces ne sont pas obligatoires si le collège assuré ne remplit pas les conditions de renvoi du questionnaire médical et que vous utilisez la DSN.**	

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE
PRÉVOYANCE

APICIL PRÉVOYANCE

PRÉVOYANCE

APIO0000101343

Offre sectorielle Bureaux d'études IDCC 1486

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

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 : **1486 – Bureaux d'études technique**

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 compléter les tableaux de déclaration des sinistres en cours joints à la présente demande d'adhésion. Sinon, vous rapprocher de votre commercial ou de votre courtier afin qu'il vous transmette les documents déclaratifs ad hoc. Ils seront 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

Collège(s) assuré(s)	Effectif	Nom du produit	Taux de cotisations exprimés en pourcentage du salaire annuel brut[1]			Date d'effet demandée [2]
			TA	TB	TC	
☐ Ensemble du personnel	.....	☐ Décès/Mensu (DI BUR EDT-1) ☐ Mensu (DI BUR EDT-3)	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
☐ Cadres [3]	.....	☐ Régime de base (BETIC-2) ☐ BETIC 1,50 Niv 1 (BETIC 1,50-1) ☐ BETIC 1,50 Niv 2 (BETIC 1,50-2) ☐ BETIC 30 jours (BETIC PLUS-2) ☐ BETIC 60 jours (BETIC PLUS-1) ☐ Offre SSII (DI SOREX-1) ☐ Décès/Mensu (DI BUR EDT-1) ☐ Mensu (DI BUR EDT-3) ☐ STremplin Créateur ☐ STremplin Taux plein	..... %	..... %	..... %	...../...../.....
☐ Non-cadres [3]	.....	☐ Régime de base (BETIC-1) ☐ BETIC 30 jours (BETIC PLUS-9) ☐ BETIC 60 jours (BETIC PLUS-8) ☐ Offre SSII (DI SOREX-4) ☐ Décès/Mensu (DI BUR EDT-1) ☐ Mensu (DI BUR EDT-3)	..... %	..... %	..... %	...../...../.....

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS | **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS | **TC** : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le PMSS | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

[1] Toutes taxes comprises en vigueur

[2] Au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande

(3) **Merci de définir le(s) collège(s) couvert(s) avec précision dans le respect de la règlementation en vigueur :**

Collège Cadres	Collège Non-cadres
☐ Salariés relevant de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017	☐ Salariés ne relevant pas de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017
☐ Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017	☐ Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017
☐ Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017 et ceux ayant fait l'objet d'un agrément APEC	☐ Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017 et ceux n'ayant pas fait l'objet d'un agrément AEPC

Pour vous aider à choisir la catégorie correspondante, merci de vous référer à l'agrément APEC rendu au titre de votre branche professionnelle, lien ci-après CommissionParitaire (apec.fr)

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 .....,

ci-dessus nommée, reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement **d'APICIL PRÉVOYANCE** et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

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.

Je demande l'adhésion de l'entreprise au contrat collectif d'assurance **Offre sectorielle des Bureaux d'études – IDCC 1486,** à partir de la date d'effet citée ci-dessus.

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 des contrats. 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 les finalités déclarées.
Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées.
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) – Direction des Systèmes d'Information – 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.**
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.**