DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des Organismes de Formation
IDCC 1516

Régime conventionnel et garanties optionnelles

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

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

CCN des Organismes de Formation
IDCC 1516

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**.	
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…)	
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 nom et prénom, son adresse, sa date et lieu de naissance (CP, ville, pays), sa date d'embauche.	

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE PRÉVOYANCE

APICIL PRÉVOYANCE

PRÉVOYANCE

API0000101343

CCN Organismes de Formation

IDCC 1516

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 : **1516 – Organismes de Formation**

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, tel que défini ci-dessous : .....

☐ Salarié relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017

☐ Salarié relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 et salarié défini par convention ou accord agréé par APEC (ancien Article 36)

Effectif personnel non-cadre tel que défini ci-dessous : .....

☐ Salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017

☐ Salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 et salarié non défini par convention ou accord agréé par APEC (hors ancien Article 36)

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 https://commission-paritaire.apec.fr/assets/files/CP-Apec-Agrément-organismes-de-formation-19122024.pdf

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

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'avenant du 19 novembre 2015 et ses annexes successives** de la **Convention Collective Nationale des organismes de formation** relatif au régime de Prévoyance.

COLLEGE ASSURÉ	☐ Personnel cadre Effectif : …… ☐ Personnel non-cadre Effectif : ……

	COLLÈGES ASSURÉS (1)	GARANTIES		TAUX DE COTISATION (2) T1	TAUX DE COTISATION (2) T2	DATE D'EFFET DEMANDÉE (3)
CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE À ADHÉSION OBLIGATOIRE	☐ Cadre	**Régime conventionnel obligatoire :** Décès, incapacité de travail, invalidité, frais d'obsèques et rente éducation (**assurée par l'OCIRP)**		**1,98 %**	**2,73 %**	…… / …… /……
	☐ Non-cadre	**Régime conventionnel obligatoire :** Décès, incapacité de travail, invalidité, frais d'obsèques et rente éducation (**assurée par l'OCIRP)**		**1,84%**	**2,73 %**	…… / …… /……
CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF À ADHESION OBLIGATOIRE	☐ Cadre ☐ Non-cadre	☐ **Option maintien de salaire** (arrêts de travail postérieurs à la date d'effet de l'adhésion)	☐ Régime général ☐ Régime Alsace Moselle	0,79 % 1,75 %	1,36 % 2,12 %	…… / …… /……

Tarifs indiqués sous réserve des négociations en cours au sein de votre Branche professionnelle.
En cas de changement, l'évolution de taux sera formalisée via lettre avenant.

(1) Selon les catégories objectives définies plus haut – (2) En vigueur à compter du **1er janvier 2025** - (3) Au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le PASS
PASS : 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, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan - 75008 Paris

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, 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 Organismes de formation,** 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 51 Boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans **l'avenant du 19 novembre 2015 et ses annexes successives,** relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Organismes de formation.**

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel. 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 **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**