

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des prestataires de services du secteur tertiaire IDCC 2098

Entreprise

Frais de Santé



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

| | |
|--|--|
| <p>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p> | <p>Réservé au centre de gestion</p> |
| <p style="text-align: center;">PIÈCES OBLIGATOIRES</p> | |
| <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. | |
| <p>La copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent : 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.</p> | |
| <p>La délégation de pouvoir en bonne et due forme du signataire si ce dernier n'est pas le représentant légal de l'entreprise. À défaut, les statuts, si ceux-ci confirment le pouvoir du signataire.</p> | |
| <p style="text-align: center;">PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p> | |
| <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 (Code Postal, ville, pays), la date de cessation de son contrat de travail, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.</p> | |
| <p>Un état nominatif des salariés dont le contrat de travail est suspendu.</p> | |
| <p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).</p> | |
| <p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée, avec :</p> <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> | |
| <p>La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après :</p> <p>« <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance</i></p> <p><i>Je soussigné(e) (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></p> <p>Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/</p> | |



**CCN des prestataires de services
IDCC 2098**

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :
E-mail :

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 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 mandat 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 NAF/APE : Activité principale exercée :

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **2098 – CCN du personnel des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire**

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)
Si aucun de ces critères n'est rempli, veuillez noter la(les) personne(s) qui représente(nt) légalement la société (gérant, président, dirigeant, etc.).

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Nom d'usage | | | | |
| Nom de naissance | | | | |
| Prénoms | | | | |
| Date de naissance | | | | |
| Lieu de naissance (code postal/ville/pays) | | | | |
| Parts/actions détenues⁽¹⁾ | | | | |
| Bénéficiaire effectif depuis le | | | | |

(1) Si le bénéficiaire effectif est le représentant légal de l'entreprise sans pourcentage de parts ou de vote, **veuillez noter « 0 » dans la case.**

ADMINISTRATEUR DE VOTRE ESPACE CLIENT ENTREPRISE

L'administrateur que vous aurez choisi au sein de votre entreprise aura accès à toutes les informations de votre espace client <https://www.apicil.com/espace-entreprise/> et pourra attribuer les accès aux autres utilisateurs.

Nom et prénom :
 Fonction : Tél. portable :
 E-mail professionnel :

CABINET OU INTERLOCUTEUR 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 :

(*) **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"/> Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI de 2017 <input type="checkbox"/> Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI de 2017 et ceux ayant fait l'objet d'un agrément APEC | <input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI de 2017 <input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas de l'article 2.1 et ceux n'ayant pas fait l'objet d'un agrément APEC |

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 \(apec.fr\)](http://CommissionParitaire.apec.fr)

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 25 septembre 2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des prestataires de services** relatifs au régime de frais de santé.

| | | |
|------------------------------|--|--|
| COLLEGE ASSURÉ | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel cadre(*) <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre(*) | Effectif : Effectif : 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) | |

| <input checked="" type="checkbox"/> Préciser votre choix | GARANTIES | RÉGIME GÉNÉRAL | | Cotisations versées par : |
|--|---|--|---|--|
| | | TAUX DE COTISATION ⁽¹⁾ EN % DU SALAIRE BRUT | PLAFOND MENSUEL DE COTISATION TA ⁽²⁾ | |
| CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE | <input type="checkbox"/> Base 1 = Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base 2 = Base conv. + option 1 <input type="checkbox"/> Base 3 = Base conv. + option 2 | Couverture salarié seul ⁽³⁾ : 1,86 % 2,51 % 3,29 % | Dans la limite de : 74,49 € 100,53 € 131,76 € | <input checked="" type="checkbox"/> Employeur |
| CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE | Extension ayants droit ⁽⁴⁾ Les options éligibles ⁽⁴⁾ dépendent de la base obligatoire choisie. - option 1 facultative - option 2 facultative | Enfant : ⁽⁴⁾ Conjoint : ⁽⁴⁾ | Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN des prestataires de services » | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) |

| <input checked="" type="checkbox"/> Préciser votre choix | GARANTIES | RÉGIME ALSACE-MOSELLE | | Cotisations versées par : |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| | | TAUX DE COTISATION (1) EN % DU SALAIRE BRUT | PLAFOND MENSUEL DE COTISATION TA (2) | |
| CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE | <input type="checkbox"/> Base 1 = Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base 2 = Base conv. + option 1 <input type="checkbox"/> Base 3 = Base conv. + option 2 | Couverture salarié seul (3) : | Dans la limite de : | <input checked="" type="checkbox"/> Employeur |
| | | 1,30 % | 52,07 € | |
| | | 1,76 % | 70,49 € | |
| | | 2,30 % | 92,12 € | |
| CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE | Extension ayants droit(4) | Enfant : (4) Conjoint : (4) | | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) |
| | Les options éligibles(4) dépendent de la base obligatoire choisie. - option 1 facultative - option 2 facultative | Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN des prestataires de services » | | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement) |

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) Toutes taxes comprises en vigueur – (2) Les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire brut fixe de base hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires du salarié et plafonnées mensuellement par un montant apprécié en pourcentage de la tranche A (TA) du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) - (3) La part du financement employeur affectée à la cotisation ne pourra être inférieure à 50 % de la cotisation globale – (4) Les cotisations finançant les garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié.

A défaut de régime optionnel obligatoire (Base 2 ou Base 3), les salariés pourront s'affilier au régime optionnel (Base 2 ou Base 3) à titre facultatif.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire : Nom de naissance :

Prénom : Tél. portable :

E-mail :

Date naissance : ____/____/____ Lieu naissance (code postal/ville/pays) :

agissant en qualité de : représentant l'entreprise :

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 y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la convention collective nationale des prestataires de services IDCC 2098, 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 bd Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans **l'accord du 25 septembre 2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des prestataires de service** relatifs au régime frais de santé.

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

Dès l'enregistrement de l'adhésion, 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 s'engage 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, à mon conseiller commercial ou courtier 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**