

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

## Offre sectorielle FM Bureaux d'études IDCC 1486

Entreprise

**Frais de Santé**



## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Merci de <b>renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée</b> , accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.	<b>Réservé au centre de gestion</b>
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b>	
<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> <li>▪ ou à défaut le récépissé de déclaration en préfecture pour les associations.</li> </ul>	
La copie d'une pièce d'identité <b>du ou des dirigeant(s) et du signataire si différent</b> en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso), <b>passport</b> , <b>carte de séjour</b> ou <b>permis de conduire</b> délivré depuis le 16/09/2013 avec date de fin de validité.	
La <b>délégation de pouvoir</b> 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.	
<b>PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b>	
Une <b>liste</b> déclarative des <b>anciens salariés</b> couverts 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, les dates de début et de fin de la période de maintien de garanties.	
Un état nominatif des salariés dont le <b>contrat de travail est suspendu</b> .	
La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).	
<p><b>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée</b>, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le RIB de chaque salarié,</li> <li>▪ l'attestation de Sécurité sociale* de chaque salarié,</li> <li>▪ le mandat de prélèvement SEPA et une copie d'une pièce d'identité pour le paiement par le salarié des options facultatives.</li> </ul> <p>* L'attestation de droits tiers payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p>	
<p><b>La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance</b> selon le modèle ci-après :</p> <p>« <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par <b>APICIL Prévoyance</b></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 <a href="https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/">https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/</a></p>	



API0000101242

**Bureaux d'études techniques,  
des cabinets d'ingénieurs-conseils et  
des sociétés de conseils - IDCC 1486**

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date :	

**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 NACE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1486 – Bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs conseils et des sociétés de conseils.**

**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 : .....

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

### RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime général

Régime local Alsace-Moselle

### CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

(choix de l'entreprise)

Nom du produit	Collège assuré	Effectif assuré	Modes et taux de cotisations <sup>(1)</sup> en euros						Date d'effet demandée <sup>(2)</sup>
			Salarié + enfant(s)	Prime unique famille	Isolé/ Famille		Salarié + enfant(s)/ Famille		
					Iso	Fam	Sal + enf	Fam	
<b>Formule 1</b>	<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Non-cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Ens du personnel								.../.../.....
<b>Formule 2</b>	<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Non-cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Ens du personnel								.../.../.....
<b>Formule 3</b>	<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Non-cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Ens du personnel								.../.../.....
<b>Formule 4</b>	<input type="checkbox"/> Cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Non-cadres <sup>(3)</sup>								.../.../.....
	<input type="checkbox"/> Ens du personnel								.../.../.....

### CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE EN OPTION DU RÉGIME DE BASE

(au choix du salarié et à sa charge exclusivement – garanties et tarifs sur demande)

<p><b>Garanties complémentaires facultatives</b></p> <p>Les surcomplémentaires éligibles dépendent de la base obligatoire choisie :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Extension conjoint</b> si l'entreprise à fait le choix du taux de cotisation « salarié + enfant(s) à charge »</li> </ul> <p><b>Surcomplémentaire responsable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si base Formule 1 = surcomplémentaire Formule 2, Formule 3 ou Formule 4</li> <li>Si base Formule 2 = surcomplémentaire Formule 3 ou Formule 4</li> <li>Si base Formule 3 = surcomplémentaire Formule 4</li> </ul> <p><b>Surcomplémentaire non responsable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renfort HOSPIT : accessible sur l'ensemble des formules souscrites en régime de base obligatoire</li> <li>Renfort non OPTAM - accessible uniquement si Formule 3 ou Formule 4 souscrites en régime de base obligatoire</li> </ul>
---	--

<sup>(1)</sup> Toutes taxes comprises en vigueur – <sup>(2)</sup> Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande

(3) **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'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017	<input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas de l'art. 2.1 de l'ANI du 17-11-2017
<input type="checkbox"/> Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017	<input type="checkbox"/> Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17-11-2017
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 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)**

## 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 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, 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 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](http://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles).