

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN ORGANISMES DE FORMATION  
IDCC : 1516**

**Régime conventionnel et  
garanties optionnelles**

Entreprise

**Frais de santé**



IDCC : 1516

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

<p>Merci de <b>renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée</b>, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p>	<p><b>Réservé au centre de gestion</b></p>
<p><b>PIÈCES OBLIGATOIRES</b></p>	
<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>	
<p>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</p>	
<p>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.</p>	
<p><b>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b></p>	
<p>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</p>	
<p>Un état nominatif des salariés dont le <b>contrat de travail est suspendu</b></p>	
<p>La <b>liste des salariés</b> à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)</p>	
<p><b>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datées et signées</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 APICIL Prévoyance</i></p> <p><i>Je soussigné(e) (nom/prénom) (fonction dans l'entreprise) de (raison sociale de l'entreprise) domicilié(e) au (adresse adhérent(e)) 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>	



## CCN Organismes de formation

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

### Votre conseiller

Nom :  
Code :  
Tél. :  
Email :

### Cadre réservé à la gestion

N° devis :  
Date du devis :

Nouvelle adhésion

Modification d'adhésion

### Résiliation pour votre compte

Je souhaite être accompagné(e) 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. : ..... Email : .....

Dénomination et adresse du siège social (si différentes) : .....

.....

Code NAF/APE : ..... Activité principale exercée : .....

IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **1516 Organismes de formation**

## DIRIGEANT(E)

Nom de naissance du signataire : ..... Nom d'usage : .....

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 représentent légalement la société (gérant, président, dirigeant, etc.).**

	Bénéficiaire effectif 1	Bénéficiaire effectif 2	Bénéficiaire effectif 3	Bénéficiaire effectif 4
Nom de naissance				
Nom d'usage				
Prénoms				
Date de naissance				
Lieu de naissance (code postal/ville/pays)				
<b>Parts/actions détenues <sup>(1)</sup></b>				
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 cette 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://employeur.apicil.com> et pourra attribuer les accès aux autres utilisateurs.

Nom et prénom : .....

Fonction : ..... Tél. portable : .....

Email professionnel : .....

## CABINET OU INTERLOCUTEUR COMPTABLE

Nom du cabinet : .....

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Email : .....

## EFFECTIFS

Effectif global de l'entreprise : ..... Effectif personnel cadre\* : ..... Effectif personnel non-cadre\* : .....

Nombre d'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'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)**

## GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **la Convention Collective Nationale Organismes de formation** mettant en place un régime complémentaire frais de santé.

<b>COLLEGE ASSURÉ <sup>(1)</sup></b>	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel      Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel cadre                      Effectif : ..... <input type="checkbox"/> Personnel non-cadre                      Effectif : .....	
<b>RÉGIME OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle	
<b>DATE D'EFFET DEMANDÉE</b>	...../...../..... (au plus tôt le 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande)	

	GARANTIES	TAUX MENSUEL DE COTISATION EN % DU PMSS <sup>(2)</sup>	COTISATION VERSÉE PAR :
<b>CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> <b>Base obligatoire Niveau 1</b> (Base conventionnelle) <input type="checkbox"/> <b>Base obligatoire Niveau 2</b> (Base conventionnelle améliorée) <input type="checkbox"/> <b>Base obligatoire Niveau 3</b> (Base conventionnelle améliorée)	<input type="checkbox"/> Salarié : ..... <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Isolé/Famille : ...../..... <sup>(3)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
<b>CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE</b>	<b>Extension ayants droit</b> ( <i>uniquement si l'entreprise a retenu ci-avant le mode de cotisation « Salarié » seul.</i> ) <b>Options facultatives,</b> <i>Selon le choix du niveau obligatoire par l'employeur à titre obligatoire (accessible uniquement si l'entreprise a souscrit au niveau 1 ou 2)</i>	Conjoint : ..... <sup>(3)</sup> Enfant : ..... <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Salarié/Conjoint/Enfant : ...../...../..... <sup>(3)(4)</sup> <input type="checkbox"/> Isolé/Famille : ...../..... <sup>(3)(4)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié

**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)** Toutes taxes comprises en vigueur – **(3)** Se référer au document « Vos cotisations régime frais de santé » – **(4)** La structure de cotisation retenue doit être identique pour la base obligatoire et les options facultatives.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

## DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage du signataire : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

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

agissant en qualité de ..... représentant l'entreprise .....

demande à adhérer, 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 :

- au contrat collectif à adhésion obligatoire,
- le cas échéant (en fonction du niveau de garanties et structure de cotisations retenues) au contrat collectif à adhésion facultative,
- ainsi qu'au régime d'accueil loi Evin,

du régime frais de santé de la **Convention Collective Nationale des Organismes de formation**.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans la **Convention Collective Nationale des Organismes de formation** mettant en place un régime complémentaire 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**