

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Offre sectorielle Experts comptables et Commissaires aux comptes

IDCC 787

Régime sectoriel

Entreprise

Prévoyance



Offre sectorielle Experts comptables et Commissaires aux comptes IDCC 787



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	
<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. 	
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), passport , 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 SUPPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
<p>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date.</p> <p>Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</p>	
<p>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.</p> <p><i>Pas de questionnaire de santé pour la souscription du régime de base DI COMPTA -1 que soit l'effectif catégoriel assuré</i></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 (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...)	
<p>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.</p> <p>Ces pièces ne sont pas obligatoires si le collègue assuré ne remplit pas les conditions de renvoi du questionnaire médical et que vous utilisez la DSN.</p>	



**Offre sectorielle Experts comptables
et Commissaires aux comptes
IDCC 787**

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

Nouvelle adhésion

Modification d'adhésion

Votre conseiller

Nom :

Code :

Tél. :

E-mail :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :

Date du devis :

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 : **787 – Experts comptables et Commissaires aux comptes**

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.).

	Bénéficiaire effectif 1	Bénéficiaire effectif 2	Bénéficiaire effectif 3	Bénéficiaire effectif 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://employeur.apicil.com> 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'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 de l'art. 2.1 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

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) ⁽¹⁾	Effectif assuré	Nom du produit	Taux de cotisations			Date d'effet demandée ⁽²⁾
			TA	TB	TC	
<input type="checkbox"/> Cadres	<input type="checkbox"/> PRESCR R1 <input type="checkbox"/> PRESCR R1B <input type="checkbox"/> PRESCR R2 % % %/...../.....
<input type="checkbox"/> Non-cadres	<input type="checkbox"/> DI COMPTA-1 <input type="checkbox"/> DI COMPTA-3 <input type="checkbox"/> DI COMPTA-6 <input type="checkbox"/> DI COMPTA-8 <input type="checkbox"/> DI COMPTA-9 % % %/...../.....

⁽¹⁾ Selon les catégories objectives définies plus haut – ⁽²⁾ Au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande

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

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,

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 Experts comptables et Commissaires aux comptes – IDCC 787** à partir de la date d'effet citée ci-dessus.

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.