

# DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

## CCN des opérateurs de voyages et des guides

IDCC 3245

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle  
TSA 95568  
69501 LYON CEDEX 03  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)

# CCN des opérateurs de voyages et de guides

IDCC 3245



## 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>	
<b>Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements :</b> <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. À défaut, les statuts, si ceux-ci confirment le pouvoir du signataire.	
La copie de la <b>déclaration au registre des bénéficiaires effectifs</b> au greffe du Tribunal de Commerce.	
<b>PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</b>	
<b>Le(s) tableau(x) des sinistres en cours</b> au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date. <b>Important : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.</b>	
Une liste déclarative des <b>anciens salariés</b> couverts au titre de la <b>portabilité des droits</b> 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 <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...)	
<b>Si vous n'utilisez pas la DSN : les demandes individuelles d'affiliation/radiation</b> 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.	



**CCN des opérateurs de voyages et des guides  
IDCC 3245**

**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. : ..... Email : .....

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

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

IDCC et Convention collective appliquée par l'entreprise : **IDCC 3245 - CCN DES OPÉRATEURS DE VOYAGES ET DES GUIDES**

**DIRIGEANT(E)**

Nom d'usage du représentant légal : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Agissant en qualité de : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de 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)				
<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 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 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, tel que défini ci-dessous : .....

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

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**

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 à renvoyer 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 sinistres sont survenus entre la date de signature de la présente demande et la date d'effet du contrat, l'entreprise devra impérativement transmettre une nouvelle liste de sinistres en cours dans le mois suivant la date d'effet du contrat.**

**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 proposées sont conformes à celles prévues dans l'accord du 22 avril 2022, notamment l'annexe 9, et les avenants de la Convention Collective Nationale des OPÉRATEURS DE VOYAGES ET DE GUIDES, relatif à la couverture des risques prévoyance : incapacité, invalidité et décès.

Collège(s) assuré(s)	Effectif	Garanties Régime conventionnel obligatoire	Taux de cotisations exprimés en pourcentage du salaire annuel brut <sup>(1)</sup>		Date d'effet demandée <sup>(2)</sup>
			T1	T2	
<input type="checkbox"/> Cadres  Salariés relevant des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017	.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décès/PTIA, double effet, frais d'obsèques, incapacité de travail, invalidité/IPP</li> <li>Rente éducation (<b>garantie assurée par l'OCIRP*</b>)</li> </ul>	1,50 %	-	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Non-cadres  Salariés ne relevant pas des art. 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017	.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décès/PTIA, double effet, frais d'obsèques, incapacité de travail, invalidité/IPP</li> <li>Rente éducation (<b>garantie assurée par l'OCIRP*</b>)</li> </ul>	0,96 %	0,96 %	...../...../.....

**Tarifs sous réserve des évolutions de cotisations décidées par votre Branche professionnelle.**

En cas de changement, l'évolution de taux sera formalisée via lettre avenant.

**OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance – Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – 47 rue de Marignan – 75008 Paris

<sup>(1)</sup> En vigueur à compter du **01/01/2026**

<sup>(2)</sup> Au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande

**T1** : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale

**T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale

**PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

**IPP** : Incapacité Permanente Professionnelle

## DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

**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

51 boulevard Marius Vivier-Merle  
TSA 95568  
69501 LYON CEDEX 03  
**www.apicil.com**

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, demande à adhérer, au profit de l'ensemble de ses salariés entrant dans le champ d'application au contrat collectif obligatoire à adhésion obligatoire du régime conventionnel de prévoyance de la Convention Collective Nationale DES OPÉRATEURS DE VOYAGES ET DES GUIDES 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'accord du 22 avril 2022, son annexe 9 et ses avenants, en matière de prévoyance** de la **Convention Collective Nationale des opérateurs de voyages et des guides**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance conventionnel. **Ces notices doivent être obligatoirement remises 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, à mon conseiller commercial ou courtier 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**

**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

51 boulevard Marius Vivier-Merle  
TSA 95568  
69501 LYON CEDEX 03  
**www.apicil.com**