

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

**CCN des établissements et services pour
personnes inadaptées et handicapées du
15 mars 1966**

IDCC : 0413

**Régime conventionnel et
garanties optionnelles**

Entreprise

Frais de santé



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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20

CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

IDCC 0413

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	
La fiche conseil datée et signée	
Un extrait Kbis de moins de trois mois du siège et des différents établissements : <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 une 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	
PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER	
Une liste déclarative des anciens salariés couverts au titre de la portabilité des droits 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 contrat de travail est suspendu	
La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...)	
Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé complétées, datée et signée , avec : <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>	
La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après : « <i>Objet : Accord pour résiliation de mon contrat Santé par APICIL Prévoyance</i> <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> » Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/	

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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20

FICHE CONSEIL - CCN 66

CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

IDCC : 413

Le présent dossier a pour finalité de vous proposer, ainsi qu'à vos salariés, le contrat frais de santé adapté à vos obligations conventionnelles et conforme à votre accord de Branche du 2 octobre 2024.

Compte tenu des informations dont nous disposons concernant votre entreprise et des obligations de la CCN 66 dont relève votre activité, vous avez obligation de couvrir vos salariés au minimum sur le régime de base conventionnelle.

Nous vous proposons la solution frais de santé suivante : Offre conventionnelle Santé CCN 66 et régimes optionnels. Les coassureurs recommandés sont : Mutuelle Intégrance et APICIL Prévoyance. Votre gestionnaire : APICIL Prévoyance.

Si vous ne relevez pas de la branche de la CCN 66 ou si vous souhaitez d'autres garanties, veuillez contacter votre conseiller.

RATIOS DE GESTION 2023

▪ **Prestations/Cotisations : 88,95%**

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

▪ **Frais de gestion : 11,43 %**

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **et le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

RÉMUNÉRATION DU CONSEILLER

Nos conseillers sont rémunérés principalement par un salaire fixe et une part variable mineure.

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

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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20

**DEMANDE D'ADHÉSION
COLLECTIVE
FRAIS DE SANTÉ**



FRAIS DE SANTÉ



API0000101242

CCN 66



**CCN des établissements et services pour personnes
inadaptées et handicapées du 15 mars 1966
IDCC : 0413**

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

Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
E-mail :	
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. : _____ E-mail : _____
 Dénomination et adresse du siège social (si différentes) : _____

 Code NAF/APE: _____ Activité principale exercée : _____
 IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **0413 – CCN 66**

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 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.**

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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20

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 comptable :

Nom de la personne à contacter pour le suivi comptable 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"/> Salarié relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI de 2017	<input type="checkbox"/> Salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI de 2017
<input type="checkbox"/> Salarié relevant de l'article 2.1 de l'ANI de 2017	<input type="checkbox"/> Salarié ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI de 2017

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord interbranche du 2 octobre 2024 de la CCN des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, agréé par arrêté ministériel paru au Journal Officiel du 3 janvier 2025, relatif aux régimes de frais de santé.

COLLÈGE(S) ASSURÉ(S)⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel Effectif :
	<input type="checkbox"/> Personnel cadre Effectif :
	<input type="checkbox"/> Personnel non-cadre 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)
MODE DE PAIEMENT :	<input type="checkbox"/> virement <input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> prélèvement DSN

	GARANTIES	TAUX DE COTISATION MENSUEL EN % DU PMSS ⁽²⁾⁽³⁾	COTISATION VERSÉE PAR :
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle <input type="checkbox"/> Base + Option 1 obligatoire <input type="checkbox"/> Base + Option 2 obligatoire	Salarié :	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	Extension ayants droit	Conjoint : Enfant :	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Salarié (à cocher impérativement)
	Option 1 facultative si choix employeur base conventionnelle	Salarié/Conjoint/Enfant/...../.....	
	Option 2 facultative si choix employeur base conventionnelle	Salarié/Conjoint/Enfant/...../.....	
	Option 2 facultative si choix employeur base + Option 1 obligatoire	Salarié/Conjoint/Enfant/...../.....	

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 CCN 66 » - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

Nom de naissance du signataire : Nom d'usage :

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 établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, coassuré auprès de la **Mutuelle Intégrance** et d'**APICIL Prévoyance**.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**accord Interbranche du 02 octobre 2024**, mettant en place un régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**.

L'entreprise s'engage à informer APICIL Prévoyance, gestionnaire des contrats des coassureurs Mutuelle Intégrance et APICIL Prévoyance, des nouveaux salariés embauchés ainsi que des salariés quittant l'entreprise, au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.

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.

Mutuelle Intégrance et APICIL Prévoyance s'engagent 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 datée et signée, à mon conseiller commercial ou courtier accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document**.

Date : ____/____/____

Signature :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise :

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

La gestion est assurée par APICIL Prévoyance.

Mutuelle Intégrance

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 51 rue Paul Meurice - CS 51 111 - 75970 PARIS Cedex 20