

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes : SDLM - IDCC 1404

Régime conventionnel et garanties optionnelles

Entreprise

Frais de santé



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. À 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...).	
<p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datée et signée, avec :</p> <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 au tiers payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale.</p>	
<p>La lettre mandat pour la résiliation du contrat précédent par APICIL Prévoyance selon le modèle ci-après :</p> <p>« <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> »</p> <p>Modèle disponible sous https://mon.apicil.com/salon-client/changer-de-mutuelle-apicil-soccupe-de-vos-demarches/</p>	

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

FRAIS DE SANTÉ



API0000101242

**CCN métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes
IDCC 1404**

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :
E-mail :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :
Date du devis :

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

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 : **1404 – CCN SDLM**

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)				
Parts/actions détenues (
Bénéficiaire effectif depuis				

(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.**

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

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 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

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord du 2 juillet 2015 en matière de remboursements complémentaires de frais de santé et ses avenants successifs de la Convention Collective Nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, dite SDLM.

COLLÈGE ASSURÉ ⁽¹⁾	EFFECTIF ASSURÉ	GARANTIES - CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE		
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel		<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Base + Option 1	<input type="checkbox"/> Base + Option 2
<input type="checkbox"/> Personnel cadre		<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Base + Option 1	<input type="checkbox"/> Base + Option 2
<input type="checkbox"/> Personnel non-cadre		<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Base + Option 1	<input type="checkbox"/> Base + Option 2
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle			
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)			

	TYPE DE COTISATIONS (au choix de l'entreprise)	COTISATION VERSÉE PAR :	COTISATIONS ⁽²⁾ EN EUROS
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Salarié seul (obligatoire) <input type="checkbox"/> Salarié et ayants droit (obligatoire) <input type="checkbox"/> Famille unique <input type="checkbox"/> Isolé/Famille (obligatoire)	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN SDLM »
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	Extension ayants droit**	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN SDLM »
	Les options éligibles dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 2 facultative	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié	

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.

(1) Selon les catégories objectives définies plus haut – (2) Toutes taxes comprises en vigueur

** Selon le type de cotisation choisi par l'entreprise

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..... ,
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, du régime frais de santé de la **Convention Collective Nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, dite SDLM**, 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 2 juillet 2015 en matière de remboursements complémentaires de frais de santé et ses avenants successifs**, mettant en place un régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, dite SDLM**.

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, TSA 95568, 69501 LYON CEDEX 03**.

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