

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des opérateurs de voyages et des guides

IDCC 3245

Entreprise

☒ **Frais de Santé**



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

<p>Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée et signée, accompagnée des documents mentionnés ci-dessous.</p>	<p>Réservé au centre de gestion</p>
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES</p>	
<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. 	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PIÈCES OBLIGATOIRES SELON DOSSIER</p>	
<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 (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 contrat de travail est suspendu.</p>	
<p>La liste des salariés à transférer dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption...).</p>	
<p>Les demandes individuelles d'affiliation/radiation frais de santé, datées et signées, 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 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></p> <p><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>	



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

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

Tous les champs sont obligatoires si applicables à votre situation.

Votre conseiller

Nom :
Code :
Tél. :
E-mail :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :
Date du devis :

☐ Nouvelle adhésion

☐ Modification de garanties

Résiliation pour votre compte

☐ Je souhaite être accompagné 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 : **3245 – CCN des opérateurs de voyages et des guides**

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 de la société = (A ne pas confondre avec les bénéficiaires ayants droit du contrat)	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 personne ne détient plus de 25 % du capital ou des droits de vote, indiquez le représentant légal de la société en colonne 1 (gérant, président, dirigeant, etc.) même s'il ne détient pas de part ou d'action (mettre 0 dans la case % de parts ou d'actions).			
	Bénéficiaire effectif 1 ou représentant légal	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)				
Pourcentage de parts ou actions détenues				
Bénéficiaire effectif depuis le				

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 ⁽¹⁾ : Effectif personnel non-cadre ⁽²⁾ :
 Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

⁽¹⁾ **Salarié relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017**

⁽²⁾ **Salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017**

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans **l'accord du 21/09/2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des opérateurs de voyages et des guides** relatifs au régime de frais de santé.

COLLEGE ASSURÉ ⁽¹⁾	☐ Ensemble du personnel Effectif : ☐ Personnel cadre Effectif : ☐ Personnel non-cadre Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	☐ Régime général ☐ Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDÉE	/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

☒ Préciser votre choix	GARANTIES	TAUX DE COTISATION ⁽²⁾ EN % DU PMSS ⁽³⁾	COTISATION VERSÉE PAR :
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE	☐ Niveau 1 = Base conventionnelle ☐ Niveau 2 = Base conventionnelle + option 1 ☐ Niveau 3 = Base conventionnelle + option 2	Couverture du Salarié seul ⁽⁴⁾ : % Couverture du Guide Accompagnateur* : %	☒ l'employeur ou ☒ le guide accompagnateur
	☐ Extension ayants droit à titre obligatoire ⁽⁵⁾	Conjoint : % Enfant : %	
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	Extension ayants droit facultative ⁽⁶⁾	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN des opérateurs de voyages et des guides »	☒ le salarié
	Les options éligibles ⁽⁶⁾ dépendent de la base obligatoire choisie : - Option 1 facultative - Option 2 facultative		☒ le 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 – ⁽³⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – ⁽⁴⁾ La part du financement employeur affectée à la cotisation ne pourra être inférieure à 50 % de la cotisation globale – ⁽⁵⁾ Si l'employeur fait le choix de rendre la couverture des ayants droit obligatoire, il doit formaliser cette option dans la décision unilatérale de l'employeur ou l'accord collectif d'entreprise – ⁽⁶⁾ Les cotisations finançant les garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié.

* **Sauf s'il sollicite une dispense d'affiliation, le guide accompagnateur s'engage à une adhésion de 12 mois qu'il acquitte en totalité et mensuellement directement auprès d'APICIL Prévoyance.** Autrement dit, les guides accompagnateurs embauchés par votre organisme, ne doivent pas à être déclarés via la DSN, ni donner lieu à paiement de cotisation de votre part. À l'occasion de chaque journée d'intervention, vous lui rembourserez 1/20 du montant de la part patronale de la cotisation mensuelle (ce remboursement correspond à la part patronale de la cotisation effectivement due à l'organisme assureur, il a la même nature sociale et fiscale qu'elle).

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 opérateurs de voyages et des guides - IDCC 3245**, 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 21/09/2015 et ses avenants successifs de la convention collective nationale des opérateurs de voyages et des guides** relatifs au régime frais de santé.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé conventionnel obligatoire et facultatif. 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**

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

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com