



DEMANDE D'ADHESION AU REGIME DE PREVOYANCE

D'HUMANIS PREVOYANCE ET DE L'OCIRP

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES REGIES DE QUARTIER

Article 15 (sauf les départements du haut et bas Rhin et de la Moselle bénéficiant d'un bulletin spécifique)

Numéro SIRET : _____ (à reporter dans toutes les correspondances)

Raison sociale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Date de création : ____/____/____

Code NAF : _____ Date d'effet de l'adhésion : ____/____/____

Effectif affilié à l'AGIRC : _____ Effectif non affilié à l'AGIRC : _____

Lieu d'activité ou ADRESSE A RETENIR par le centre de gestion pour toute correspondance (appel des cotisations, échanges administratifs...) : _____

Nature de l'activité principale : _____

Régime Conventionnel Obligatoire	Catégorie assurée	Garanties	Cotisations : Taux contractuels (assises sur la masse salariale des salariés de la catégorie concernée)
	Personnel affilié à l'AGIRC ⁽¹⁾	- Maintien de salaire Cette garantie est assurée par Humanis Prévoyance - Incapacité de travail - Invalidité - Décès / IAD Ces garanties sont assurées par Humanis Prévoyance - Rentes éducation/conjoint/ handicap Ces garanties sont assurées par l'OCIRP	0,40 % TA +1,10 % TB 0,98 % TA TB 0,52 % TA TB
	Personnel non affilié à l'AGIRC ⁽¹⁾	- Maintien de salaire Cette garantie est assurée par Humanis Prévoyance - Incapacité de travail - Invalidité - Décès / IAD Ces garanties sont assurées par Humanis Prévoyance - Rentes éducation/ conjoint/ handicap Ces garanties sont assurées par l'OCIRP	0,57 % TA TB 0,68 % TA TB 0,41 % TA TB

(1) tel que défini dans la Convention Collective

Conformément aux dispositions de l'article R.931-1-14 du Code de la Sécurité sociale, Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont seuls responsables vis à vis des membres participants, des bénéficiaires et des ayants droit pour les garanties qu'ils assurent.

DEMANDE D'ADHESION DE L'ENTREPRISE

L'entreprise, ci-dessus nommée, demande à adhérer au profit de l'ensemble de ses salariés (affiliés ou non à l'AGIRC⁽¹⁾) sous contrat de travail, aux règlements de Humanis Prévoyance (Institution de Prévoyance) et de l'OCIRP (Unions d'Institutions de Prévoyance) (régies par les dispositions du livre IX du Code de la Sécurité sociale) et aux dispositions du régime conventionnel (L'OCIRP délègue à son Institution de Prévoyance Membre, Humanis Prévoyance, l'appel des cotisations et le règlement des prestations).

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies par l'accord de prévoyance mis en place dans le cadre de la Convention Collective Nationale des Régies de quartier. L'entreprise s'engage à informer APICIL, centre de gestion d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP, tous les trimestres, des nouveaux salariés embauchés ainsi que des salariés quittant l'entreprise.

Elle déclare avoir pris connaissance du descriptif des garanties décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire, dans lequel est rappelée la répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié ainsi que les conditions de couverture des salariés. Dès l'enregistrement de l'adhésion, le Groupe APICIL adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance. **Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.**

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion et le bulletin de déclaration des salariés en arrêt de travail au moment de son adhésion sont strictement conformes à la réalité et qu'elles sont seules de nature à permettre à Humanis Prévoyance et à l'OCIRP de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

Humanis Prévoyance et l'OCIRP s'engagent à respecter les dispositions de l'accord de prévoyance et à procéder aux informations prévues par la loi ou nécessaires à l'évolution dudit accord.

ATTENTION : POUR COMPLETER CETTE DEMANDE, VEUILLEZ TOURNER LA PAGE

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance, 7 rue de Magdebourg, 75116 PARIS et, OCIRP, Union d'Institutions de Prévoyance, 17 rue de Marignan, 75008 PARIS, régies par le Code de la Sécurité sociale et agréées par le Ministère des Affaires sociales.

La gestion est assurée par 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 au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

ORGANISME DEJA COUVERT PAR UN REGIME DE PREVOYANCE☐ oui*☐ non*

*Cochez la case correspondant à votre situation

OFFRANT DES GARANTIES SUPERIEURES☐ oui*☐ non*

*Cochez la case correspondant à votre situation

Date d'adhésion : ____/____/____

Nom et adresse de l'organisme assureur : _____

Taux de cotisation : _____ Garanties couvertes : _____

Joindre impérativement une copie du contrat, des conditions générales et des conditions particulières. A défaut, Humanis Prévoyance se verra obligé de procéder à votre adhésion d'office et au recouvrement des cotisations dues.

Si vous avez des salariés en arrêt de travail à la date d'effet de la présente demande d'adhésion, merci de compléter impérativement le tableau de déclaration des salariés en arrêt de travail ci-dessous. En vertu de l'article L.932-4 du Code de la Sécurité sociale, tout salarié non déclaré sur cette demande, pourra faire l'objet d'un refus d'indemnisation par l'assureur et engager la responsabilité de son employeur qui aura omis d'effectuer cette formalité.

LISTE DES SALARIES EN ARRÊT DE TRAVAIL (PRECISER POUR CHACUN LA CATEGORIE CONCERNEE)

NOM	PRENOM	N° SECURITE SOCIALE	DATE DE DEBUT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL	SALAIRE ANNUEL BRUT	NATURE DE L'ARRÊT INDIQUER L'INCAPACITE OU LA CATEGORIE D'INVALIDITE (1-2-3)
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		
		____/____/____	____/____/____		

Si vous avez plus de dix salariés en arrêt de travail à la date d'effet de la présente demande, vous devez demander un formulaire complémentaire auprès de votre centre de gestion afin de pouvoir déclarer les salariés supplémentaires.

ACCEPTATION POUR HUMANIS PREVOYANCE ET L'OCIRP.

Institution agissant pour le compte d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP dont elle est membre.
(cadre réservé)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature (et cachet)

POUR L'ENTREPRISE.

Fait à _____, le ____/____/____

Nom _____

Qualité du signataire _____

Signature (et cachet)

A COMPLETER PAR LE CENTRE DE GESTION :☐ Pour ordre☐ oui*☐ non*

* Bulletin de déclaration des salariés

VOTRE CENTRE DE GESTION

auquel vous devez retourner la présente demande d'adhésion :

Groupe APICIL

38 rue François Peissel

BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont des Unions d'Institutions de Prévoyance, soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, énoncée à l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale, qui assurent les garanties du régime de prévoyance. Le Groupe APICIL sera votre interlocuteur sur toutes les questions relatives à la gestion dudit régime.

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance, 7 rue de Magdebourg, 75116 PARIS et, **OCIRP**, Union d'Institutions de Prévoyance, 17 rue de Marignan, 75008 PARIS, régies par le Code de la Sécurité sociale et agréées par le Ministère des Affaires sociales.

La gestion est assurée par **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 au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.