

DEMANDE D'ADHESION COLLECTIVE

**CCN des prestataires de services
du secteur tertiaire
IDCC : 2098**

Frais de Santé



Comme vous !

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.
Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex

Réf. : OF - Santé - CCN Prestataires Services - A2VIP - DA - 02/01/2018 - SP17/FCR0675



LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Merci de renvoyer votre demande d'adhésion complétée, datée, signée et accompagnée des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIÈCES OBLIGATOIRES	
Un extrait K-BIS de moins de 3 mois du siège et des différents établissements <ul style="list-style-type: none"> ▪ ou à défaut le justificatif d'inscription au RCS/RM ▪ ou à défaut la notification d'inscription INSEE 	
La copie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité du ou des dirigeant(s) ou du passeport en cours de validité	
Une liste , indiquant les noms, prénoms, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, adresse et date d'embauche des salariés	
Les bulletins individuels d'affiliation frais de santé, 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 pour paiement des options facultatives par le salarié <p><small>* La carte Tiers Payant est délivrée sous condition de réception de l'attestation de Sécurité sociale</small></p>	
PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES SELON DOSSIER	
Pièces justificatives dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption)	

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.

Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex

Réf. : OF - Santé - CCN Prestataires Services - A2VIP - DA - 02/01/2018 - SP17/FCR0675



GARANTIES SANTE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'**avenant du 13/11/2017 portant révision de l'accord du 25/09/2015** de la **CCN des prestataires de services du secteur tertiaire**, relatif au régime de frais de santé.

COLLEGE ASSURE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel - Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel affilié à l'AGIRC - Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non affilié à l'AGIRC - Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDEE (1)/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES (1)	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU SALAIRE	COTISATION VERSEE PAR :
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base 1 – Régime socle obligatoire	Salarié : 1,57 %	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
	<input type="checkbox"/> Base 2	Salarié : 2,36 %	
	<input type="checkbox"/> Base 3	Salarié : 2,82 %	

A défaut de régime optionnel (Base 2 ou Base 3) obligatoire, les salariés pourront s'affilier au régime optionnel (Base 2 ou Base 3) à titre facultatif.

	OPTIONS FACULTATIVES	COTISATIONS	COTISATION VERSEE PAR :
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE	Extension ayants droit : conjoint(e) et/ou enfant(s)	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN Prestataires de services »	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié
	Option 1 - niveau Base 2 - facultative, si choix employeur Base 1		
	Option 2 - niveau Base 3 - facultative, si choix employeur Base 1		
	Option 3 - niveau Base 3 - facultative, si choix employeur Base 2		

(1) Joindre le barème des garanties – (2) Toutes taxes comprises en vigueur – (3) Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

DECLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... 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 à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Évin, du régime frais de santé de la **convention collective nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**, auprès d'A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**avenant du 13/11/2017 portant révision de l'accord du 25/09/2015**, relatif à la mise en place du régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**.

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, le Groupe APICIL 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.

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à A2VIP de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

A2VIP 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.

Fait à : Le :

Cachet de l'entreprise : Signature* :

*Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL, service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.
 Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex
 Réf. : OF – Santé – CCN Prestataires Services – A2VIP – DA – 02/01/2018 – SP17/FCR0675



GARANTIES SANTE COLLECTIVE

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'**avenant du 13/11/2017 portant révision de l'accord du 25/09/2015** de la **CCN des prestataires de services du secteur tertiaire**, relatif au régime de frais de santé.

COLLEGE ASSURE	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel - Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel affilié à l'AGIRC - Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non affilié à l'AGIRC - Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDEE (1)/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES (1)	TAUX DE COTISATION (2) EN % DU SALAIRE	COTISATION VERSEE PAR :
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base 1 – Régime socle obligatoire	Salarié : 1,57 %	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
	<input type="checkbox"/> Base 2	Salarié : 2,36 %	
	<input type="checkbox"/> Base 3	Salarié : 2,82 %	

A défaut de régime optionnel (Base 2 ou Base 3) obligatoire, les salariés pourront s'affilier au régime optionnel (Base 2 ou Base 3) à titre facultatif.

	OPTIONS FACULTATIVES	COTISATIONS	COTISATION VERSEE PAR :
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE	Extension ayants droit : conjoint(e) et/ou enfant(s)	Se reporter au document : « Vos cotisations régime frais de santé CCN Prestataires de services »	<input checked="" type="checkbox"/> Salarié
	Option 1 - niveau Base 2 - facultative, si choix employeur Base 1		
	Option 2 - niveau Base 3 - facultative, si choix employeur Base 1		
	Option 3 - niveau Base 3 - facultative, si choix employeur Base 2		

(1) Joindre le barème des garanties – (2) Toutes taxes comprises en vigueur – (3) Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

DECLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e)..... 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 à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative y compris régime d'accueil loi Évin, du régime frais de santé de la **convention collective nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**, auprès d'A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**avenant du 13/11/2017 portant révision de l'accord du 25/09/2015**, relatif à la mise en place du régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**.

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, le Groupe APICIL 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.

Le représentant de l'entreprise déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité et que ces informations sont les seules de nature à permettre à A2VIP de procéder effectivement à l'assurance de son personnel.

A2VIP 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.

Fait à : Le :

Cachet de l'entreprise : Signature* :

*Si le signataire n'est pas le représentant légal, joindre les pouvoirs.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable de traitement est le responsable du service de gestion contrats collectifs du Groupe APICIL. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et pourront être communiquées aux partenaires du Groupe APICIL afin de vous proposer des services similaires, ses prestataires intervenant dans la gestion du contrat et ses réassureurs. Vos données seront conservées pendant la durée de votre contrat ainsi que pendant la durée de prescription légale.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL, service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.

SANTÉ

A2VIP, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le n° SIREN 803 795 038, dont le siège social est situé Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris.
 Adresse postale : 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex
 Réf. : OF – Santé – CCN Prestataires Services – A2VIP – DA – 02/01/2018 – SP17/FCR0675

