

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

PHARMACIE D'OFFICINE
IDCC : 1996

DI PHARMA cadres et non cadres

☒ **Prévoyance**



Comme vous !

PRÉVOYANCE

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

Réf. : OF – PRÉV – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – APICIL PRÉVOYANCE - DA – 11/2017 – SP/17FCR0655

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com



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 : ■ ou à défaut le justificatif d'inscription au RCS/RM ■ ou à défaut la notification d'inscription INSEE	
Copie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité du ou des dirigeant(s) ou du passeport en cours de validité	
■ Vous n'utilisez pas encore la DSN : joindre vos demandes d'affiliation/radiation pour chaque salarié à assurer ou un état ou fichier nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant notamment pour chaque intéressé(e) son n° de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, son adresse, sa date de naissance, sa date d'embauche ■ Vous utilisez déjà la DSN : inutile d'adresser vos demandes d'affiliation/radiation. Ces informations seront transmises automatiquement par le biais de la première DSN.	
Une liste déclarative des sinistres en cours au jour de la date d'effet du contrat et survenus antérieurement à cette date (incapacité temporaire de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rentes de conjoint ou d'éducation ou handicap...) Attention : les sinistres en cours non déclarés lors de l'adhésion ne seront pas pris en compte ultérieurement.	
Un état nominatif des salariés en congé de maternité, paternité ou adoption , et ceux dont le contrat de travail est suspendu	
Une liste déclarative des anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits indiquant pour chaque intéressé son n° de Sécurité sociale, ses noms et prénoms, sa date de naissance, la date de cessation de son contrat de travail, le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale précédant cette date de cessation, la période de maintien de garanties...	
PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES SELON DOSSIER	
Pièces justificatives dans le cadre d'une opération juridique (reprise, fusion, absorption)	

PRÉVOYANCE

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

Réf. : OF – PRÉV – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – APICIL PRÉVOYANCE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0655

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com



OFFRE SECTORIELLE DI PHARMA

Pharmacie d'officine IDCC 1996

Exemplaire à renvoyer au Groupe APICIL
38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

Votre conseiller

Nom :

Code :

Tél. :

Cadre réservé à la gestion

N° devis :

Date :

☐ Nouvelle adhésion

☐ Modification de garanties

ENTREPRISE

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | |

Dénomination ou raison sociale :

Forme juridique : Date de création de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Code NACE : Activité principale exercée :

IDCC : **1996** Convention collective appliquée par l'entreprise : **Pharmacie d'officine**

DIRIGEANT

Nom du dirigeant : Agissant en qualité de :

Régime social du dirigeant : ☐ SS ☐ TNS Si gérant : ☐ Majoritaire ☐ Minoritaire

Organisme de régime obligatoire :

CONTACT DANS L'ENTREPRISE

Nom de la personne à contacter pour le suivi du dossier :

Fonction :

Tél. : E-mail :

CABINET 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 relevant de l'AGIRC⁽¹⁾ : Effectif personnel ne relevant pas de l'AGIRC⁽¹⁾ :

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

(1) Tel que défini dans l'accord de branche

PRÉVOYANCE

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

Réf. : OF – PRÉV – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – APICIL PRÉVOYANCE - DA – 11/2017 – SP/17FCR0655

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com



GARANTIES PRÉVOYANCE COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (IDCC 1996)

COLLÈGE ASSURÉ	EFFECTIF ASSURÉ	NOM DU PRODUIT PRÉVOYANCE ⁽²⁾	TAUX DE COTISATIONS		DATE D'EFFET DEMANDÉE ⁽³⁾
			TA	TB	
NON CADRES ⁽¹⁾		RÉGIME DE BASE DI PHARMA NC	2,27 %	2,27 %	... / ... / ...
CADRES ⁽¹⁾		RÉGIME DE BASE DI PHARMA C	1,50 %	1,50 %	... / ... / ...
		RÉGIME SUPERIEUR DI PHARMA C	1,67 %	1,67 %	

⁽¹⁾ Tel que défini dans l'accord de branche - ⁽²⁾ Joindre obligatoirement le barème de prestations - ⁽³⁾ Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS ; TB : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e) agissant en qualité de reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement d'APICIL Prévoyance et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Le non-respect des formalités de déclaration lors de la souscription, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'appréciation du risque garanti ou à en fausser l'appréciation entraînent la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits à prestations.

Fait à :

le :

Cachet de l'entreprise :

Signature* :

*Si le signataire est une autre personne que 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, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

PRÉVOYANCE

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

Réf. : OF – PRÉV – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – APICIL PRÉVOYANCE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0655

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com





GARANTIES PRÉVOYANCE COLLECTIVE RÉSERVÉES AU PERSONNEL RELEVANT DE LA PHARMACIE D'OFFICINE (IDCC 1996)

COLLÈGE ASSURÉ	EFFECTIF ASSURÉ	NOM DU PRODUIT PRÉVOYANCE ⁽²⁾	TAUX DE COTISATIONS		DATE D'EFFET DEMANDÉE ⁽³⁾
			TA	TB	
NON CADRES ⁽¹⁾		RÉGIME DE BASE DI PHARMA NC	2,27 %	2,27 %	... / ... / ...
CADRES ⁽¹⁾		RÉGIME DE BASE DI PHARMA C	1,50 %	1,50 %	... / ... / ...
		RÉGIME SUPERIEUR DI PHARMA C	1,67 %	1,67 %	

⁽¹⁾ Tel que défini dans l'accord de branche - ⁽²⁾ Joindre obligatoirement le barème de prestations - ⁽³⁾ Au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS ; TB : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

DÉCLARATION / SIGNATURE

Je soussigné(e) agissant en qualité de reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement d'APICIL Prévoyance et de la notice d'information du/des contrat(s) auquel/auxquels je demande à souscrire. Le non-respect des formalités de déclaration lors de la souscription, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'appréciation du risque garanti ou à en fausser l'appréciation entraînent la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits à prestations.

Fait à :

le :

Cachet de l'entreprise :

Signature* :

*Si le signataire est une autre personne que 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, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

PRÉVOYANCE

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

Réf. : OF – PRÉV – IDCC 1996 PHARMACIE D'OFFICINE – APICIL PRÉVOYANCE – DA – 11/2017 – SP/17FCR0655

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

