

DEMANDE D'ADHÉSION AU REGIME DE PRÉVOYANCE

Entreprises de Travail Temporaire (Y compris d'insertion). Salariés intérimaires non cadres et cadres.
Accord du 16 novembre 2018 et ses avenants applicables à compter du 1^{er} mai 2021.

ENTREPRISE ADHERENTE

Raison sociale :
 Sigle et/ou enseigne commerciale : Forme juridique :
 Appartenance au Groupe (compléter le cas échéant) :
 N° SIRET : Code NAF (APE) : Date de création :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : E-mail :
 Nom du dirigeant : Agissant en qualité de :
 Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :
 Code Postal : Ville :

Bénéficiaires effectifs*					
Nom du bénéficiaire effectif	Prénom du bénéficiaire effectif	Date de naissance	Lieu de naissance (ville, code postal, pays)	Parts/actions détenues	Bénéficiaire effectif depuis le

En l'absence de bénéficiaires effectifs*, remplir uniquement les informations relatives au représentant légal.

* 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)

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le régime couvre dès la première heure l'ensemble des intérimaires non cadres et cadres pour le décès, l'invalidité et les risques liés au travail (arrêt de travail suite accident du travail, accident du trajet, maladie professionnelle). Les garanties en cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée sont conditionnées à l'ancienneté et ne sont acquises qu'aux intérimaires ayant travaillé plus de 414 heures dans la Branche.

COTISATIONS Taux de cotisations pour les périodes d'emploi accomplies à compter du 1^{er} mai 2021

INTÉRIMAIRES NON CADRES

ne relevant pas des articles

4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

		T1 (salaire brut limité au Plafond de la Sécurité sociale) = TA		T2 (au-delà du salaire brut supérieur à la T1 et limité à 8 PSS ⁽²⁾) = TB + TC	
		Part salariale	Part patronale	Part salariale	Part patronale
Prévoyance incapacité de travail, décès, rente éducation ⁽¹⁾ , etc.	De la première heure jusqu'au mois des 414 heures	0,86 %*		0,73 %*	
		46,50 %	53,50 %	46,50 %	53,50 %
	A compter du 1 ^{er} jour de travail du mois qui suit la 414 ^e heure de travail	1,08 %*		0,90 %*	
		46,50 %	53,50 %	46,50 %	53,50 %

* Les entreprises dont le taux accident du travail est inférieur à celui du risque 745BE bénéficient d'un taux réduit.

INTÉRIMAIRES CADRES

relevant des articles 4 et 4 bis

de la CCN du 14 mars 1947

	T1 (salaire brut limité au Plafond de la Sécurité sociale) = TA		T2 (au-delà du salaire brut supérieur à la T1 et limité à 8 PSS ⁽²⁾) = TB + TC	
	Part salariale	Part patronale	Part salariale	Part patronale
Prévoyance incapacité de travail, décès, rente éducation ⁽¹⁾ , etc.	1,50 %		0,14 %	
	-	100 %	-	100 %

(1) Rente éducation assurée par l'OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont APICIL Prévoyance et KLESIA Prévoyance sont membres.

Je soussigné(e), agissant en qualité* de
et muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires, déclare vouloir adhérer à effet du/...../..... au régime de prévoyance non cadres et cadres, auprès des assureurs recommandés par la branche, APICIL Prévoyance, KLESIA Prévoyance et OCIRP, pour l'ensemble des établissements existants et à venir.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du régime, disponibles sur le site www.interimairesprevoyance.fr et je m'engage à m'y conformer.

Je demande l'ouverture d'un espace entreprise pour :

Prénom : Nom : Fonction :

Téléphone : E-mail :

qui donnera accès aux services Juliett. L'identifiant et le mot de passe me seront adressés après enregistrement de mon adhésion.

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 prévoyance proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

Fait à

le/...../.....

Cachet de l'entreprise

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

*L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise, ou à défaut par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement jointre dans ce cas le pouvoir délivré à cet effet

PIECES A FOURNIR

- Un relevé d'identité bancaire ou postal de l'entreprise (compte bancaire ou postal sur lequel seront versées les indemnités journalières pendant la mission).
- L'attestation de votre garant financier (art. R 1251-14 du Code du Travail).
- Un extrait K-Bis daté de moins de 3 mois.
- Copie de la pièce d'identité du représentant légal de l'entreprise
- Mandat donnant pouvoir au signataire et copie de sa pièce d'identité si celui-ci n'est pas le représentant légal de l'entreprise.
- Copie de la déclaration au registre des bénéficiaires effectifs au greffe du tribunal
- Les statuts de l'entreprise traitant de la désignation du gérant et des règles de majorité



DOCUMENT À RETOURNER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ À

Groupe APICIL - A l'attention de Morgane MUNOZ

38 Rue François Peissel - BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à : APICIL Prévoyance - Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Plus de détails sur <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>.

Assureurs :

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 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris.

OCIRP : Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 17 rue de Maignan, 75008 Paris

Gestionnaire :

PRIMA SA - MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE, Société anonyme d'assurances régie par le code des assurances, au capital de 30.489.803,45 euros, dont le siège social est situé 37 boulevard Brune, 75014 Paris, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro B 333 193 795.

SP20/FCR0421 - 04/2021