

# DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME 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<sup>er</sup> janvier 2025.

## ENTREPRISE ADHÉRENTE

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 =	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 aucun de ces critères n'est rempli, il s'agit de la personne ou des personnes qui représentent légalement la société (gérant, président, dirigeant, etc.).			
	1	2	3	4
Nom d'usage				
Nom de naissance				
Prénoms				
Date de naissance				
Lieu de naissance (code postal/ville/pays)				
Parts/actions détenues <sup>(1)</sup>				
Bénéficiaire effectif depuis le				

<sup>(1)</sup> Si le bénéficiaire effectif est le représentant légal de l'entreprise sans pourcentage de parts ou de vote, noter 0.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 à la suite d'une maladie ou d'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<sup>er</sup> janvier 2025

### INTÉRIMAIRES NON-CADRES :

Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

		T1 (salaire brut limité au plafond de la Sécurité sociale)		T2 (au-delà du salaire brut supérieur à la T1 et limité à 8 PMSS <sup>(2)</sup> )	
		Part patronale	Part salariale	Part patronale	Part salariale
Prévoyance incapacité de travail, invalidité, décès, rente éducation <sup>(1)</sup> , etc.	De la première heure jusqu'au mois des 414 heures	0,97 %*		0,84 %*	
		0,519 %	0,451 %	0,449 %	0,391 %
	À compter du 1 <sup>er</sup> jour de travail du mois qui suit la 414 <sup>e</sup> heure de travail	1,22 %*		1,03 %*	
		0,653 %	0,567 %	0,551 %	0,479 %

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

### INTÉRIMAIRES CADRES :

Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

	T1 (salaire brut limité au plafond de la Sécurité sociale)		T2 (au-delà du salaire brut supérieur à la T1 et limité à 8 PMSS <sup>(2)</sup> )	
	Part patronale	Part salariale	Part patronale	Part salariale
Prévoyance incapacité de travail, invalidité, décès, rente éducation <sup>(1)</sup> , etc.	1,50 %		0,16 %	
	1,50 %	-	0,16 %	-

<sup>(1)</sup>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.

<sup>(2)</sup>PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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](http://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 joindre dans ce cas le pouvoir délivré à cet effet.

## PIÈCES À 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 PAR MAIL COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ AVEC LES PIÈCES DEMANDÉES À**

[Isabelle.paineau@ag2rlamondiale.fr](mailto:Isabelle.paineau@ag2rlamondiale.fr)

**IMPORTANT : transmettre 1 pdf par pièce à fournir y  
compris la demande d'adhésion**

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) - Direction des Systèmes d'Information – 51 boulevard Marius Vivier Merle, TSA 95568, 69501 LYON CEDEX 03. 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 51 boulevard Marius Vivier-Merle, TSA 95568, 69501 LYON CEDEX 03.

**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 Marie-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 Marignan, 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.