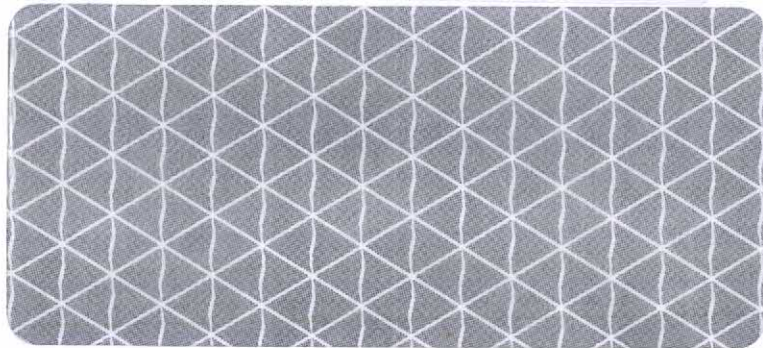




4004187440152502

(04) Champs – lysUes
HighSkill

Reexpedition : 20221127





Cette enveloppe a un bilan  **Carbone
Neutre**





LA POSTE

(B 10) - 3350 - 1/3 - 16403 - 8201 -
A - 3211180215017

SD : 862013298946090



CCN PRESTATAIRES DE SERVICES
DANS LE DOMAINE DU SECTEUR
TERTIAIRE
PDS (IDCC 2098)

HIGHSKILL
66 AVENUE DES CHAMPS ELYSEES
75008 PARIS 8

UNE COUVERTURE SANTÉ ET UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL !

Madame, Monsieur,

Vous venez de créer votre entreprise, **nous vous adressons à cette occasion nos meilleurs vœux de réussite !**

Votre activité relève d'une branche professionnelle pour laquelle, d'une part, APICIL Prévoyance a été **recommandée pour assurer votre régime de prévoyance obligatoire**, et d'autre part, A2VIP, partenaire du Groupe APICIL, vous propose **votre régime de santé** adapté à vos obligations conventionnelles.

La gestion de ces deux régimes prévoyance et santé est confiée au Groupe APICIL.

CONFORMITÉ

L'affiliation à ces régimes, vous permet d'être en **parfaite conformité avec vos obligations conventionnelles**.

Cette démarche vous concerne, même dans le cas où vous n'employez pas de personnel. Bien sûr aucune cotisation n'est due avant une première embauche.

EXPERTISE

Pour vous accompagner et répondre à toutes vos interrogations, une équipe de conseillers spécialisés en création d'entreprise est à votre disposition ainsi qu'un espace dédié à votre accord de branche, sur notre site :

www.apicil.com/prestataire-service

SIMPLICITÉ

Un **gestionnaire unique** pour gérer vos régimes prévoyance et frais de santé.

Afin de procéder à votre adhésion, vous trouverez sous ce pli un dossier d'adhésion à nous renvoyer complété et signé, ou par email : pole.createurs@apicil.com

Pour vous accompagner dans votre démarche, vous pouvez contacter **APICIL Créateurs directement par téléphone ou par email**.

**APICIL Créateurs**

04 72 27 73 73

pole.createurs@apicil.com

Souhaitant vous compter parmi nos entreprises adhérentes, veuillez recevoir Madame, Monsieur nos sincères salutations.

Jean LEVOIR
Directeur Général A2VIP

Lionel BERGER
Directeur Ventes à Distance APICIL



FICHE CONSEIL

FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CCN DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU SECTEUR TERTIAIRE (IDCC 2098)

Le présent dossier a pour finalité de vous proposer, pour vos salariés, le contrat frais de santé et de prévoyance adapté à vos obligations conventionnelles conformément à votre accord de branche et ses avenants.

SOLUTIONS PROPOSÉES

Compte tenu des informations dont nous disposons concernant votre entreprise et des obligations de la CCN des Prestataires de services du secteur tertiaire dont relève votre activité, vous avez obligation de couvrir vos salariés au minimum sur le régime de base conventionnel.

En conséquence nous vous proposons :

Solution santé proposée : Offre sectorielle - Régime complémentaire Frais de santé P2ST adapté à votre accord de branche

Compléments d'informations : Offre sectorielle d'A2VIP

Solution prévoyance proposée : Offre conventionnelle Prévoyance - Régime complémentaire CCN P2ST

Compléments d'informations : Offre conventionnelle d'APICIL Prévoyance, assureur recommandé par votre branche

Si vous ne relevez pas de la branche des prestataires de services du secteur tertiaire ou si vous souhaitez d'autres garanties, veuillez contacter votre conseiller APICIL au 04 72 27 73 73.

REMUNERATION DU CONSEILLER

Nos conseillers sont rémunérés principalement par un salaire fixe et une part variable mineure.



DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des Prestataires de services du secteur tertiaire IDCC : 2098

FRAIS DE SANTÉ

Votre Contact

Nom :

APICIL Créateurs

Tél. : 04 72 27 73 73

Cadre réservé à la gestion

N° Devis :

Date :

Document à renvoyer complété et signé à :
GROUPE APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex

- ☐ Nouvelle adhésion
☐ Modification de garanties

Résiliation pour votre compte

- ☐ Je souhaite être accompagné pour la résiliation de mon ancien contrat. Dans ce cas, je joins obligatoirement une **lettre d'accord pour la résiliation** sur papier à en-tête de l'entreprise selon le modèle disponible sous <https://mon.apicil.com/salon-client/>
A2VIP se chargera de la résiliation auprès de votre assureur actuel. La résiliation prendra effet 30 jours après la réception de la demande de résiliation chez l'assureur sortant. Votre nouveau contrat ne prendra effet qu'après cette date.

ENTREPRISE

N° SIRET : N° Adhérent :
Dénomination ou raison sociale :
Forme juridique : Date de création de l'entreprise :
Adresse du siège social :
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :
Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :
Code postal : Ville :
Code NACE : Activité principale exercée :
N° IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : **2098 - Prestataires de services du secteur tertiaire**

DIRIGEANT(E)

Nom du dirigeant : Prénom :
Agissant en qualité de : Date de naissance :/...../.....
Lieu de naissance (Code postal/Ville/Pays) :

Bénéficiaires effectifs*

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

- ☐ L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs*. 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)

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 cadre ⁽¹⁾ : Effectif personnel non-cadre ⁽²⁾ :
Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

(1) Salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947 | (2) Salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947
* La carte Tiers Payant est délivrée avec les informations figurant sur l'attestation de Sécurité sociale



GARANTIES SANTE COLLECTIVE

Les garanties et conditions tarifaires du régime de complémentaire santé IDCC 2098 sont réservées aux entreprises entrant dans le champ d'application de la **Convention Collectives Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire. A effet du 01/01/2022 :**

COLLEGE ASSURÉ	☐ Ensemble du personnel Effectif : ☐ Personnel affilié cadre Effectif : ☐ Personnel non cadre Effectif :
REGIME OBLIGATOIRE	☐ Régime général ☐ Régime local Alsace-Moselle
DATE D'EFFET DEMANDÉE	/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATION ^{(2) (3)} EN % DU SALAIRE	COTISATION VERSEE PAR
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE	☐ Base 1	Salarié : 1,83 %	☒ Employeur
	☐ Base 2	Salarié : 2,75 %	
	☐ Base 3	Salarié : 3,29 %	

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 Prestataires de services IDCC 2098 »	☒ 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) Dans la limite du plafond mensuel de cotisation, se reporter au tableau de cotisations

DÉCLARATION / 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, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative, du régime frais de santé IDCC 2098 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 20 rue de la Baume, 75008 Paris.**

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis la fiche d'informations 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 santé proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de frais de santé 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.

L'entreprise envoie la présente demande d'adhésion dûment complétée et signée au centre de gestion (Groupe APICIL, 38 rue François Peissel, BP 99, 69644 Caluire et Cuire Cedex) accompagnée des pièces justificatives demandées et **conserve une copie du présent document.**

Date :/...../.....

Cachet de l'entreprise :

Signature*, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

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. Le participant 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 : A2VIP Délégué à la Protection des données (DPO) - Service Relation Client - 20 rue de la Baume - 75008 PARIS ou en envoyant un courriel : dpo-a2vip@a2vip.fr. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur <https://www.a2vip.fr/protection-donnees-personnelles>

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

CCN des Prestataires de services du secteur tertiaire IDCC : 2098
PRÉVOYANCE

Votre Contact

Nom :

APICIL Créateurs

Tél. : 04 72 27 73 73

Cadre réservé à la gestion

N° Devis :

Date :

Document à retourner complété et signé à : GROUPE APICIL - 38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

☐ Modification de Garanties

☐ Nouvelle Adhésion

ENTREPRISE

N° SIRET : N° Adhérent :

Dénomination ou raison sociale :

Forme juridique : Date de création de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Dénomination et adresse du siège social (si différentes) :

Code postal : Ville :

Code NACE : Activité principale exercée :

N° IDCC - Convention collective appliquée par l'entreprise : 2098 - Prestataires de services du secteur tertiaire

DIRIGEANT(E)

Nom du dirigeant : Prénom :

Agissant en qualité de : Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance (Code postal/Ville/Pays) :

Bénéficiaires effectifs*

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

☐ L'entreprise déclare ne pas avoir de bénéficiaires effectifs*. 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)

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 cadre : Effectif non-cadre :

Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits :

GARANTIES RETENUES ET COTISATIONS

Les garanties et conditions sont celles prévues dans l'accord du 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, notamment l'avenant du 26 octobre 2020 de la CCN des Prestataires de Services du Secteur Tertiaire, relatif aux régimes de prévoyance.

COLLÈGE(S) ASSURÉ(S)	GARANTIES PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATIONS ⁽²⁾			DATE D'EFFET DEMANDÉE ⁽³⁾
		TA	TB	TC	
☐ CADRES Effectif :	• Décès / PTIA • Incapacité de travail • Invalidité • Frais d'obsèques	1,72 %	1,72 %	1,72 %	 / /
	• Rente éducation/ Rente de conjoint • Rente handicap - Garanties assurées par l'OCIRP	0,27 %	0,27 %	0,27 %	
	Taux contractuel global	1,99 %	1,99 %	1,99 %	
☐ NON CADRES Effectif :	• Décès / PTIA • Incapacité de travail • Invalidité • Frais d'obsèques	1,43 %	1,43 %		 / /
	• Rente éducation/ Rente de conjoint • Rente handicap - Garanties assurées par l'OCIRP	0,12 %	0,12 %		
	Taux contractuel global	1,55 %	1,55 %		

(1) Joindre le tableau de garanties – (2) en vigueur au 01/01/2022 – (3) au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la demande

TA : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **TB** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS | **TC** : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le PASS | **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

DECLARATIONS ET 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 du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**, auprès d'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.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'accord du 15 décembre 2014 et ses avenants successifs, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des prestataires de services du secteur tertiaire**.

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance disponible sur www.apicil.com/prestataire-service ainsi que la fiche conseil présente au verso du courrier de proposition commerciale.

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.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire. Dès l'enregistrement de l'adhésion, APICIL Prévoyance adressera la notice d'information relative au régime de prévoyance choisi par l'entreprise. Cette notice doit être obligatoirement remise à chaque salarié par l'entreprise.

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations portées sur cette demande d'adhésion est strictement conforme à la réalité.

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

J'envoie la présente demande d'adhésion dûment complétée et signée, au centre de gestion accompagnée des pièces justificatives demandées et je **conserve une copie du présent document**.

Date : / /

Cachet de l'entreprise :

Signature* : précédée de la mention « Lu et approuvé »

*Si le signataire est une autre personne que le représentant légal, joindre les pouvoirs.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par **APICIL Prévoyance** pour la gestion du contrat. La base légale du traitement est l'exécution du contrat. Les données collectées seront communiquées aux services compétents intervenant dans le cadre de la gestion du contrat ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée.

Les données sont conservées pendant une durée de 5 ans à compter de la fin du contrat et pendant une durée de 10 ans à compter de la connaissance du sinistre en cas de décès pour les contrats de prévoyance, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à dpo@apicil.com ou à l'adresse : **APICIL Prévoyance – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire**.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles

Réf. : DA Prévoyance Créateur – CCN PDS – APICIL PREVOYANCE – SP21/FCR0069 – MAJ 09/2022

APICIL PRÉVOYANCE
 Institution de Prévoyance régie
 par le Code de la Sécurité sociale,
 38 rue François Peissel 69300
 Caluire et Cuire
www.apicil.com

**MALAKOFF HUMANIS
 PRÉVOYANCE**
 Institution de prévoyance régie par
 le Code de la Sécurité sociale
 21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffhumanis.com

MUTEX
 Société anonyme d'assurance, régie
 par le Code des Assurances,
 140 avenue de la République
 92327 Chatillon cedex.
www.mutex.fr

OCIRP
 Union d'Institutions de prévoyance
 régie par le Code de la Sécurité
 sociale
 17 rue de Marignan 75008 Paris
www.ocirp.fr