



CCN DES
ACTEURS DU
LIEN SOCIAL
ET FAMILIAL

(IDCC 1261)

1085

LIBRE EN COMMUNS
13 Rue SULLY
94210 ST MAUR DES FOSSES

Caluire, le 8 novembre 2021

DÉCOUVREZ LES RÉGIMES CONVENTIONNELS FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE DE VOS SALARIÉS

Madame, Monsieur,

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

APICIL Prévoyance (Groupe APICIL) a été recommandée par vos partenaires sociaux pour assurer et gérer les régimes Frais de Santé et Prévoyance de vos salariés depuis 2016.

Vos partenaires sociaux nous ont renouvelés leur confiance en recommandant à nouveau APICIL Prévoyance, assureur des régimes Frais de Santé et Prévoyance à compter du 1^{er} janvier 2021.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2021, votre régime Frais de Santé est coassuré par le groupement d'assureurs recommandés APICIL Prévoyance et SOLIMUT Mutuelle de France et reste géré par APICIL Prévoyance. Les prestations garanties ont été adaptées afin de correspondre aux attentes et aux besoins des entreprises et de leurs salariés. Le régime de Prévoyance reste assuré et géré par APICIL Prévoyance.

CONFORMITÉ

L'adhésion à ces deux régimes vous permet d'être en **parfaite conformité avec l'ensemble de 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/alisfa

SIMPLICITÉ

Afin de procéder à votre adhésion, vous trouverez sous ce pli un dossier d'adhésion à nous renvoyer complété et signé, par courrier 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.

Lionel BERGER

Directeur Ventes à Distance



FICHE CONSEIL

FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CCN DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL (ALISFA) (IDCC 1261)

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 et conforme 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 Acteurs du lien social et familial (ALISFA) 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 conventionnelle Frais de santé - Base conventionnelle obligatoire CCN ALISFA

Compléments d'informations : Offre conventionnelle d'APICIL Prévoyance et SOLIMUT MDF, assureurs recommandés par votre branche

Solution prévoyance proposée : Offre conventionnelle Prévoyance - Régime conventionnel CCN ALISFA

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

Si vous ne relevez pas de la branche des Acteurs du lien social et familial (ALISFA) 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.

VOS COTISATIONS

FRAIS DE SANTÉ

BASE OBLIGATOIRE* - Ensemble du personnel

En vigueur au 1^{er} janvier 2021

Taux de cotisations mensuelles en % du PMSS ⁽²⁾	Régime général		Régime local Alsace Moselle
	Salarié	Salarié	Salarié
Base conventionnelle	1,57 %		1,06 %
Base conventionnelle + option 1	1,87 %		1,36 %
Base conventionnelle + option 2	2,21 %		1,70 %

* Au choix de l'entreprise

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - Valeur du PMSS 2021 : 3 428 €

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Acteurs du Lien Social et Familial - ALISFA - IDCC : 1261
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 : **1261 - Acteurs du Lien Social et Familial**

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'avenant n° 07- 20 du 8 octobre 2020 de la Convention Collective des **Acteurs du Lien Social et Familial**, relatif aux régimes de prévoyance, applicable au 01/01/2021.

COLLÈGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Personnel cadre ayant moins 4 mois d'ancienneté Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel cadre ayant au moins 4 mois d'ancienneté Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non cadre ayant au moins 4 mois d'ancienneté Effectif :	
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)	

COLLÈGES ASSURÉS	GARANTIES PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATIONS CONTRACTUELS ⁽²⁾	
		T1	T2
PERSONNEL CADRE ayant moins 4 mois d'ancienneté ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Garanties obligatoires conventionnelles DÉCÈS Décès/IAD - Rente éducation (Assurée par l'OCIRP)	1,50 %	-
PERSONNEL CADRE ayant au moins 4 mois d'ancienneté ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Garanties obligatoires conventionnelles DÉCÈS Décès/IAD - Incapacité de travail - Invalidité - Rente éducation (Assurée par l'OCIRP)	2,10 %	3,20 %
	Garanties optionnelles : <input type="checkbox"/> Option 2 ⁽⁴⁾ : du 4 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 30 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 4 ⁽⁴⁾ : rente de conjoint (Assurée par l'OCIRP)	+ 0,69 % + 0,14 %	+ 0,95 % + 0,14 %
PERSONNEL NON-CADRE ayant au moins 4 mois d'ancienneté ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Garanties conventionnelles Décès/IAD - Incapacité de travail - Invalidité - Rente éducation (Assurée par l'OCIRP)	1,44 %	1,44 %
	Garanties optionnelles : <input type="checkbox"/> Option 2 : décès/IAD : 80 % du salaire annuel brut TA + TB <input type="checkbox"/> Option 2 ⁽⁴⁾ : du 4 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 90 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 3 : du 31 ^e jour d'arrêt de travail discontinu au 90 ^e jour <input type="checkbox"/> Option 4 ⁽⁴⁾ : rente de conjoint (Assurée par l'OCIRP)	+ 0,12 % + 0,95 % + 0,33 % + 0,14 %	+ 0,12 % + 0,95 % + 0,33 % + 0,14 %

(1) Joindre le barème de garanties - (2) Taux de cotisation en vigueur au 01/01/2021 - (3) La souscription des garanties pour le personnel cadre implique l'adhésion automatique à ces 2 contrats.- (4) Le choix de souscrire l'option 2 et/ou l'option 4 implique l'adhésion de l'ensemble du personnel cadre et non cadre. **T1** : fraction de salaire inférieure ou égale au PASS | **T2** : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PASS | **IAD** : Invalidité Absolue et Définitive

DÉCLARATIONS 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 ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative du régime de prévoyance de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**, 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'**avenant N° 07 – 20 du 08/10/2020**, applicable au 01/01/2021, relatif à la mise en place du régime de prévoyance dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des conditions générales décrivant le régime de prévoyance conventionnel obligatoire et facultatif. 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.

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.

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance disponible sur www.apicil.com/alisfa 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.

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

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 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 collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer et définir des directives post mortem en écrivant 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 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://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/>**

Votre Contact	
Nom :	
APICIL Créateurs	
Tél. :	04 72 27 73 73
Cadre réservé à la gestion	
N° Devis :	
Date :	

DEMANDE D'ADHÉSION COLLECTIVE

Acteurs du Lien Social et Familial - ALISFA - IDCC : 1261

FRAIS DE SANTÉ

Document à renvoyer complété et signé à :
 GROUPE APICIL - 38 rue François Peïssel - 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/>

APICIL Prévoyance 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 : **1261 - Acteurs du Lien Social et Familial**

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'**avenant N° 06-20 du 08/10/2020 de la Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial** (CCN ALISFA) relatif aux régimes de frais de santé.

COLLÈGE ASSURÉ	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel cadre Effectif : <input type="checkbox"/> Personnel non cadre Effectif :
RÉGIME OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> Régime Local Alsace Moselle
DATE D'EFFET DEMANDÉE/...../..... (au plus tôt le 1 ^{er} jour du mois suivant la demande)

	GARANTIES ⁽¹⁾	TAUX DE COTISATIONS ⁽²⁾ En % DU PMSS ⁽³⁾	COTISATION VERSÉE PAR
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle - Alternative 1 <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 1 obligatoire - Alternative 2 <input type="checkbox"/> Base conventionnelle + option 2 obligatoire - Alternative 3	Salarié : ⁽⁴⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION FACULTATIVE	<input type="checkbox"/> Extension ayants droit - Enfants	Enfant : ⁽⁴⁾	<input checked="" type="checkbox"/> Employeur
	<input type="checkbox"/> Extension ayant droit - Conjoint	Conjoint : ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Employeur
	Les options éligibles dépendent de la base obligatoire choisie : <input type="checkbox"/> Option 1 facultative <input type="checkbox"/> Option 2 facultative	Se reporter au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN ALISFA »	<input type="checkbox"/> Salarié

(1) Joindre le barème des garanties - (2) Toutes taxes comprises en vigueur - (3) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - (4) Se reporter au document « Vos cotisations régime frais de santé CCN ALISFA »

DÉCLARATIONS 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 de la CCN ALISFA, au contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi qu'au contrat collectif à adhésion facultative, y compris régime d'accueil loi Evin, du régime frais de santé de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**, auprès du Groupement de co-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 et **SOLIMUT Mutuelle de France**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617 dont le siège social est situé : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille.

Cette adhésion permet à l'entreprise d'être en conformité avec les dispositions définies dans l'**avenant N° 06-20 du 08/10/2020**, relatif à la mise en place du régime frais de santé dans le cadre de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et familial**.

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, APICIL Prévoyance 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.

APICIL Prévoyance 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.

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance disponible sur www.apicil.com/alisfa 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 santé proposé est adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés.

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

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 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 collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer et définir des directives post mortem en écrivant 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 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://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/>**