



Questionnaire de demande d'adhésion

Questionnaire préalable à l'adhésion au Régime de prévoyance de la répartition pharmaceutique.

Ce questionnaire doit être rempli avec la plus grande précision, les informations communiquées engagent l'entreprise. Toute fausse information pourrait être de nature à tromper les organismes assureurs et donc à compromettre l'existence même de l'adhésion. Le présent questionnaire sera annexé au bulletin d'adhésion de l'entreprise, rempli obligatoirement par l'entreprise, après validation du Comité Paritaire de Gestion.

Madame, Monsieur,

L'accord collectif du 12 janvier 2016, a mis en place un Régime de Prévoyance obligatoire en faveur du personnel des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective de la Répartition Pharmaceutique (brochure J.O 3262, www.csrp.fr).

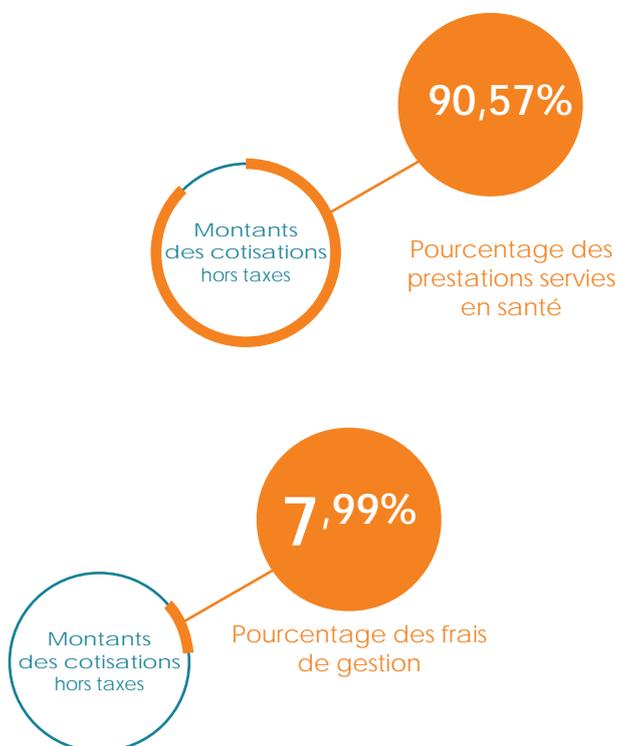
Ce Régime Professionnel Obligatoire (RPO) est obligatoire pour l'entreprise et pour l'ensemble du personnel cadre (relevant des dispositions des articles 4 et 4 bis de la Convention Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947)

→ des garanties maladie - Chirurgie - Maternité - ASSUREUR APGIS
→ des garanties Décès - Incapacité - Invalidité ASSUREUR ALLIANZ
L'ensemble des garanties étant géré par l'APGIS.

Le régime de Prévoyance est soumis au contrôle du Comité Paritaire de Gestion, institué par ledit accord, et composé de représentants des organisations syndicales patronales et des organisations syndicales de salariés.

Le questionnaire ci-après permettra aux membres du Comité Paritaire de Gestion de statuer sur votre demande d'adhésion au régime. **C'est pourquoi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir le remplir intégralement et d'y joindre : un Kbis, une copie de la pièce d'identité du gérant en cours de validité du représentant légal de la société, d'un IBAN.**

Information concernant le régime de prévoyance de la répartition pharmaceutique



* ces informations ont été calculées au titre de l'exercice 2020.

Document à retourner à l'attention de Mme VARELA
Mail : k.varela@apgis.com - Tel : 01 49 57 16 75
12 rue Massue 94 684 Vincennes Cedex

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Raison Sociale :

Adresse complète :

Nom et fonction du Responsable du dossier :

Téléphone : Fax :

Adresse e-mail :

Conformément à la loi N° 78.17 du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander la communication ou la rectification des informations vous concernant qui figureraient sur des fichiers à l'usage de l'APGIS, en écrivant à : A.P.G.I.S. – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Groupe :

- Si l'entreprise fait partie d'un groupe, merci d'indiquer le nom de celui-ci.

Date de création de l'entreprise :

- Préciser s'il s'agit d'une fusion, cession ou autres.

Date d'embauche du premier salarié :

• Code A.P.E. / N.A.F. : N° SIRET :

Description de l'activité principale :

- Joindre tout document précisant cette activité autre que celle reprise dans le code NAF, notamment un extrait KBIS, une copie de l'attestation ANSM, plaquette publicitaire, brochure d'information ou statut, etc.

.....

Le champ d'application de la Convention Collective de la Répartition Pharmaceutique est défini d'une manière indissociable par :

- CODE A.P.E. / N.A.F. : 4646Z
- L'alinéa 5 de l'article R.5106 du code de la santé publique
 → qui définit le Grossiste-Répartiteur comme toute entreprise se livrant à l'achat et au stockage de médicament en vue de leur distribution en l'état.
- L'article R.5115.13 du code de la santé publique
 → qui fixe les obligations de service. public des Grossistes-Répartiteurs

Nom du pharmacien responsable : LAGOUBIE

Numéro d'inscription à l'ordre : 10000877554

Remplissez-vous ces conditions ? Oui Non

Si non, précisez votre activité :

La convention collective appliquée :

Date d'application de cette convention :

S'il s'agit de la Convention Collective de la Répartition Pharmaceutique, alors que l'activité exercée est autre que celle visée par la Convention Collective, précisez la raison du choix de la Convention Collective de la Répartition Pharmaceutique :

.....

Le motif de la demande d'adhésion au Régime professionnel :

.....

INFORMATIONS SUR LES GARANTIES

L'assureur actuel :

→ Dans le cas où il ne s'agit pas d'une entreprise nouvelle.

Précisez la date du contrat avec l'assureur :

Date d'effet des garanties souhaitées :

→ Doit être postérieur à la demande

Les cotisations ont-elles été précomptées ?

Oui Non Si Oui, depuis quelle date ?

RPO : REGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE

Le RPO est obligatoire pour l'ensemble des salariés quelle que soit leur catégorie.

Présence d'un intermédiaire dans le cadre de l'adhésion

(Conseil, courtier ou agent d'assurances)⁽²⁾

Oui Non Si Oui, préciser sa raison sociale :

⁽¹⁾En raison du caractère conventionnel du régime professionnel, les cotisations ne doivent supporter aucun prélèvement au titre d'une commission d'apport ou de courtage. Dans ce cas, merci de nous adresser une copie du mandat de représentation.

Informations concernant les salariés en CDD et en CDI

Nombre de salariés à la date de la demande et au cours des trois années précédentes

	2020	2021	2022
Cadres :			
Non cadres :			

Âge moyen des salariés à la date de la demande

Cadres :		Non cadres :	
-----------------	--	---------------------	--

Nombre d'enfant ayant droit à la date de la demande

Cadres :		Non cadres :	
-----------------	--	---------------------	--

Salaires moyen annuel brut de la dernière année civile connue⁽¹⁾ ou salaire annuel moyen d'embauche prévu si nouvelle entreprise

Cadres :		Non cadres :	
-----------------	--	---------------------	--

⁽¹⁾ Les salaires figurant sur la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale, et limités au plafond annuel de la tranche B, doivent être pris en compte pour le calcul de ces salaires

INFORMATIONS CONCERNANT LES SALARIÉS EN ARRÊT DE TRAVAIL

- Avez-vous des salariés en arrêt de travail à temps complet ou à mi-temps thérapeutique, ou en congé maternité, percevant des indemnités journalières ou une rente d'invalidité Sécurité sociale ?

Oui Non Si Oui, joindre la liste détaillée⁽²⁾

- Ces salariés en arrêt de travail bénéficient-ils de prestation complémentaire à celles de la Sécurité sociale, au titre d'un contrat de prévoyance collectif souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance ?

Oui Non Si Oui, lors de l'adhésion, il sera nécessaire de nous joindre la liste détaillée⁽³⁾

(2)Comprenant les notions suivantes : nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, motif de l'arrêt et date de l'arrêt initial.

(3)Comprenant les notions suivantes : nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, motif de l'arrêt, date de l'arrêt initial, indemnités de base et indemnités au 31 décembre de l'exercice.

INFORMATIONS CONCERNANT LES ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRE DE LA PORTABILITÉ

Nombre de salariés concernés :

*Joindre la liste détaillée avec la date de début et de fin de portabilité

Nom de l'assureur actuel :

L'entreprise certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent questionnaire préalable à son adhésion et a bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité du contrat.

Conformément à la loi N°78.17 du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander la communication ou la rectification des informations vous concernant qui figuraient sur des fichiers à l'usage de l'APGIS, en écrivant à APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes cedex.

Identité du signataire :

Qualité du signataire :

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'entreprise :

