

BULLETIN D'ADHÉSION

RÉGIME CONVENTIONNEL ET OPTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

CCN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES
ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966 (IDCC N° 413)

À retourner impérativement dûment complété à : KLESIA Prévoyance
1-13 rue Denise Buisson - 93554 Montreuil cedex

KLESIA Prévoyance

ZONE RÉSERVÉE

N° SIREN :

N° Entreprise :

Code apporteur :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------|--------------------|---------|
| RAISON SOCIALE de l'entreprise | | Sigle | |
| Forme juridique | Adresse du siège social | | |
| Code postal | Ville | | |
| Tél. | E-Mail | | |
| Date de création | N° Siret | Code NAF2 (ex-APE) | |
| Activité principale | CCN | | N° IDCC |
| Adresse de l'établissement | | | |
| Code postal | Ville | | |

Je confirme appliquer la Convention Collective Nationale des Etablissements et Services pour Personnes Inadaptées et Handicapées du 15 mars 1966.

1. ADHÉSION AU RÉGIME CONVENTIONNEL

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____
ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare adhérer au régime conventionnel obligatoire de Frais de santé de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966 auprès de KLESIA Prévoyance en faveur de l'ensemble du personnel à effet du : **0 1** / **2 0**

Effectif total du personnel :

J'adhère également

- Au contrat collectif facultatif permettant aux salariés de renforcer leur garantie grâce aux options et/ou étendre leur garantie à leurs ayants droit.
- Au régime d'accueil des bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin (anciens salariés retraités, en invalidité ou licenciés).

2. ADHÉSION AU RÉGIME OPTIONNEL

Je souhaite adhérer auprès de KLESIA Prévoyance, au régime optionnel à titre obligatoire de Frais de santé de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966 en faveur de l'ensemble du personnel à effet du : **0 1** / **2 0**

JE CHOISIS : Option 1 OU Option 2

La présente adhésion prend effet après acceptation de KLESIA Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet et accompagnée d'une notice d'information par salarié concerné dont un exemplaire sera à lui remettre.

FAIT À _____ LE _____

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des Conditions générales du régime de frais de santé, régime obligatoire, régime facultatif et régime d'accueil loi Evin prévu par l'accord de branche, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

PIÈCES À JOINDRE

- Extrait Kbis de moins de 6 mois.
- État du personnel.

CACHET DE L'ENTREPRISE et signature de son représentant légal

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier, de prospection commerciale et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de lutte contre la fraude. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires commerciaux. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires de KLESIA et ses partenaires, veuillez cocher cette case Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA - Service INFO CNIL - rue Denise Buisson, 93554 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

Tarifs régimes conventionnel et optionnel

CCN Établissements et services pour personnes
inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

| | | TARIFS MENSUELS DU RÉGIME CONVENTIONNEL | |
|--|------------------------------|---|---|
| | | Régime général de la Sécurité sociale ou MSA ¹ | Régime de Sécurité sociale d'Alsace Moselle |
| Salarié seul (50 % à la charge de l'employeur / 50 % à la charge du salarié) | | 1,48 % PMSS ² | 1,04 % PMSS ² |
| Extension famille (100 % à la charge du salarié) | Conjoint ³ | 1,61 % PMSS ² | 1,13 % PMSS ² |
| | Enfant à charge ⁴ | 0,73 % PMSS ² | 0,51 % PMSS ² |

| | | TARIFS MENSUELS DU RÉGIME OPTIONNEL (Régime général ou MSA ¹ ou Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle) | | | |
|--|------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | OBLIGATOIRE | | FACULTATIF | |
| | | Option 1 | Option 2 | Option 1 | Option 2 |
| Salarié seul | | + 0,32 % PMSS ² | + 0,67 % PMSS ² | + 0,35 % PMSS ² | + 0,74 % PMSS ² |
| Extension facultative famille (100 % à la charge du salarié) | Conjoint ³ | + 0,32 % PMSS ² | + 0,67 % PMSS ² | + 0,35 % PMSS ² | + 0,74 % PMSS ² |
| | Enfant à charge ⁴ | + 0,16 % PMSS ² | + 0,33 % PMSS ² | + 0,18 % PMSS ² | + 0,36 % PMSS ² |

1. MSA : Mutuelle Sociale Agricole

2. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 3 170 € au 01/01/2015

3. Conjoint, concubin, partenaire pacsé.

4. Cotisation gratuite à partir du 3^e enfant à charge.