

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise _____ Sigle _____

Forme juridique _____

Adresse du siège social _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. _____ Fax _____ E-Mail _____

Date de création _____ N° Siret _____ code NAF _____

Activité principale _____ Convention collective nationale _____ N° IDCC _____

Adresse de correspondance _____

Code postal _____ Ville _____

LE CAS ÉCHÉANT : nom du précédent exploitant _____

Nature juridique de la reprise _____ Ancien N° de Siret _____

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____

ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare être adhérent au régime obligatoire de prévoyance de la **CCN DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA HOSPITALIERS** et souhaite souscrire le régime complémentaire de prévoyance auprès de **KLESIA PRÉVOYANCE**, en faveur de la totalité du personnel salarié des catégories ci-dessous visées à effet du _____ et aux conditions suivantes :

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA HOSPITALIERS

PERSONNEL NON CADRES¹ - Effectif _____

TAUX DE COTISATION

DÉCÈS

0,50 % TA / TB

INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ

0,01 % TA / TB

La présente adhésion prend effet après acceptation de Klesia Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet.

FAIT À _____ LE _____

Je reconnais avoir reçu le Contrat d'Assurance Collective du régime de Prévoyance prévu par l'accord de branche, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie ainsi que la notice d'information à remettre à chaque salarié. En cas de salariés en arrêt de travail ou en invalidité, il convient de compléter le document prévu à cet effet.

PIÈCES À JOINDRE

- Extrait Kbis de moins de 3 mois.
- État du personnel de la catégorie à assurer.
- Liste du personnel en arrêt de travail ou en invalidité (si nécessaire)
- Si le signataire du bulletin d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant pouvoir d'engager l'entreprise

CACHET DE L'ENTREPRISE

et signature de son représentant légal

1. Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à Klesia en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale, et ce, uniquement pour les produits et services proposés par Klesia à ses partenaires, à l'exclusion du NIR. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et les services de Klesia et de ses partenaires, veuillez cocher cette case : Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités de Klesia, ses délégataires de gestion et ses partenaires, Klesia prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la loi précitée. Vous disposez en outre 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 - accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr.

Tableau récapitulatif des garanties

Régime de prévoyance complémentaire
CCN des laboratoires de biologie médicale

Salariés Non Cadres

| GARANTIES | NIVEAU DES PRESTATIONS |
|--|------------------------|
| DÉCÈS PAR MALADIE Invalidité Absolue et Définitive En cas de décès du Participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille, En cas d'invalidité totale et permanente du Participant, le capital est versé par anticipation à l'assuré | |
| Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge | 90 % TA et TB |
| Marié, pacsé | 100 % TA et TB |
| Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge | 100 % TA et TB |
| Majoration supplémentaire par personne à charge ¹ | 30 % TA et TB |
| DÉCÈS PAR ACCIDENT Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 12 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci. | |
| Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge | 180 % TA et TB |
| Marié, pacsé | 200 % TA et TB |
| Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge | 200 % TA et TB |
| Majoration supplémentaire par personne à charge ¹ | 60 % TA et TB |
| INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ – MATERNITÉ | |
| Franchise de 3 jours ¹ Indemnités journalières versées du 4 ^e au 7 ^e jour d'arrêt de travail | 40 % TA + 90 % TB |

¹ En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail (à l'exception d'un accident de trajet) ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le premier jour de l'arrêt de travail.