

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE _____ 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 adhérer au régime obligatoire de prévoyance de la CCN DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA HOSPITALIERS 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 CONVENTIONNEL DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA HOSPITALIERS

CADRES - ASSIMILÉS CADRES - Effectif _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE	TAUX DE COTISATION
DÉCÈS INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ MATERNITÉ	2,50 % TA et 3,60 % TB

NON CADRES - Effectif _____

RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE	TAUX DE COTISATION
DÉCÈS INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ MATERNITÉ	2 % TA / TB

La présente adhésion prend effet après acceptation de KLESIA Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'admission 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).

CACHET DE L'ENTREPRISE
et signature de son représentant légal

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

Garanties conventionnelles prévoyance
CCN des Laboratoires de biologie médicale extra hospitaliers
Salariés cadres, assimilés cadres et non cadres

Garanties	Niveau des prestations	
	Cadres et assimilés cadres	Non cadres
DÉCÈS		
Décès de base - 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	270 % TA et TB	130 % TA et TB
Marié ou pacsé	300 % TA et TB	150 % TA et TB
Célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge	300 % TA et TB	150 % TA et TB
Majoration supplémentaire par personne à charge ¹	90 % TA et TB	50 % TA et TB
Décès accidentel		
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.	Capital supplémentaire égal au capital décès de base	Capital supplémentaire égal au capital décès de base
INCAPACITÉ DE TRAVAIL		
Si le participant a une ancienneté ² supérieure ou égale à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 3 jours d'arrêt continu et total de travail.	40 % TA et 90 % TB	40 % TA et 90 % TB
Si le participant a une ancienneté ² inférieure à 1 an : les prestations sont versées après un délai de franchise de 7 jours d'arrêt continu et total de travail. En cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les prestations sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail.		
INVALIDITÉ		
Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées ci-dessus, lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.	40 % TA et 90 % TB Pour l'invalidité 1 ^{ère} catégorie, la rente versée est réduite d'un quart	40 % TA et 90 % TB Pour l'invalidité 1 ^{ère} catégorie, la rente versée est réduite d'un quart
MATERNITÉ		
En cas de maternité d'un Participant, survenant au moins 280 jours après son entrée dans la profession, il lui est versé des indemnités journalières pendant toute la durée du congé légal de maternité.	100 % TA et TB sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	90 % TB (traitement de base excédant le plafond de la Sécurité sociale)

1. Cette majoration s'ajoute au capital correspondant à la situation de famille « marié ou pacsé » ou bien « célibataire, veuf ou divorcé avec personne à charge ».

2. Ancienneté dans l'Entreprise Adhérente.