

BULLETIN D'ADHÉSION

RÉGIME DE PRÉVOYANCE

CCN DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DÛMENT COMPLÉTÉ À :
KLESIA PRÉVOYANCE - 1-13 RUE DENISE BUISSON -
93554 MONTREUIL CEDEX

Zone réservée

N° SIREN _____

N° Entreprise _____

Code apporteur _____

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

Entreprise

Entreprise (Raison sociale) _____ Sigle _____

Forme juridique _____ Adresse du siège social _____

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ E-mail _____

Numéro de Siret _____ Date de création _____ Code NAF (ex-APE) _____

Activité principale _____ CCN _____ N°IDCC _____

Adresse de correspondance _____

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ E-mail _____

Nombre de salariés _____ Non cadres¹ _____ Cadres² _____

Le cas échéant, nom du précédent exploitant _____

Nature juridique de la reprise _____ Ancien N° Siret _____

Expert-comptable

Nom de votre Expert-Comptable _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Tél _____

Mail _____

ADHÉSION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE COLLECTIF OBLIGATOIRE

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 de prévoyance de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES auprès de KLESIA Prévoyance en faveur de la totalité du personnel Non cadres¹ et/ou Cadres² à effet du _____

TAUX DE COTISATION RÉGIME CONVENTIONNEL

1,71 % TA + 2,43 % TB

Non cadres¹ Cadres² (Veuillez cocher la ou les cases correspondantes à votre choix.)

Les cotisations s'entendent hors reprise de passif (salariés en arrêt de travail ou en invalidité à la signature du bulletin d'adhésion).

TA : Fraction de la rémunération brute limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

TB : Fraction de la rémunération brute supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

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 des garanties ainsi que la notice d'information à remettre à chaque salarié. La nature et le niveau des garanties adoptées dans le cadre de ce contrat sont définis dans le tableau au verso. Je certifie en outre avoir déclaré tous les participants en arrêt de travail à la date de signature de la demande et avoir précisé s'ils bénéficient de prestations « Incapacité de travail – Invalidité » auprès d'un autre organisme de prévoyance.

Pièces à joindre :

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

CACHET DE L'ENTREPRISE
ET SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

1. Salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
2. Salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Garanties prévoyance

CCN DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

GARANTIES	RÉGIME CONVENTIONNEL Les prestations sont exprimées en % du traitement de base TA/TB
Décès toutes causes	
Célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge	160 % TA/TB
Marié, pacsé ou en concubinage avec ou sans enfant à charge	230 % TA/TB
Célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge	230 % TA/TB
Majoration par enfant à charge	60 % TA/TB
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	
Célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge	290 % TA/TB
Marié, pacsé ou en concubinage avec ou sans enfant à charge	230 % TA/TB
Célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge	230 % TA/TB
Majoration par enfant à charge	60 % TA/TB
Double effet	
En cas de décès concomitant du salarié et du conjoint ¹ (versée aux enfants à charge)	100 % du capital décès toutes causes
Frais d'obsèques	
En cas de décès du salarié, de son conjoint ¹ ou d'un enfant à charge (limitée aux frais réels engagés pour les enfants de moins de 12 ans)	100 % du PMSS
Rente de conjoint¹	
Temporaire (versée jusqu'au dernier jour du trimestre pendant lequel le bénéficiaire a atteint l'âge légal de liquidation de sa retraite à taux plein)	10 % TA/TB
Viagère (versée jusqu'au décès du bénéficiaire de la rente)	10 % TA/TB
Rente éducation	
Jusqu'au 12 ^e anniversaire	6 % TA/TB
Au-delà du 12 ^e anniversaire jusqu'au 18 ^e anniversaire ² ou sans limitation de durée pour les enfants invalides ²	9 % TA/TB
Au-delà du 18 ^e anniversaire jusqu'au 26 ^e anniversaire ²	12 % TA/TB
Le montant de la rente est doublé pour chaque enfant à charge, à la date du décès s'il devient orphelin de père et de mère suite au décès concomitant du salarié et de son conjoint ¹ .	
Incapacité de travail (sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale)	
Indemnités journalières (versées en complément et relais des obligations légales et/ou conventionnelles de maintien de salaire)	75 % TA/TB
Invalidité permanente (sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale)	
1 ^{re} catégorie ou taux d'incapacité permanent ≥ 33 % et < 66 %	50 % TA/TB
2 ^e ou 3 ^e catégorie ou taux d'incapacité permanent ≥ 66 %	100 % TA/TB
Assistance	
Assistance	Inclus

Le traitement annuel de base est égal à la rémunération brute globale des douze derniers mois civils précédant l'événement, ou reconstitués, en tenant compte des primes, commissions et gratifications de la même période, limitée aux tranches A et B.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur.
1. Sont également considérés comme conjoints les partenaires de PACS et concubins.
2. Sous conditions prévues à l'accord.