

DEMANDE D'ADHÉSION

FRAIS DE SANTÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA-HOSPITALIERS

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

KLESIA Prévoyance

Zone réservée

N° Entreprise : _____

N° SIREN : _____

Code apporteur : _____

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise : _____ Sigle : _____

Forme juridique : _____ Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

N° SIREN : _____ NIC : _____ Date de création : _____ Code NAF2 (ex-APE) : _____

Activité principale : _____ CCN appliquée : _____ N° IDCC : _____

Adresse de correspondance : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Affiliation au régime : ☐ Régime Général ☐ Régime Local Alsace-Moselle

Le cas échéant : NOM du précédent exploitant : _____

Nature juridique de la reprise : _____ Ancien N° SIREN : _____

Expert-comptable : NOM de votre Expert-Comptable : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

1. ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) ☐ Mme ☐ M. NOM _____ Prénom _____ agissant en qualité de _____

ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée) déclare adhérer auprès de KLESIA Prévoyance au contrat frais de santé (régime collectif à adhésion obligatoire) des LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA HOSPITALIERS en faveur de l'ensemble des salariés du collège suivant : ☐ Non Cadres¹ ☐ Cadres² ☐ Ensemble du personnel

date d'effet souhaitée du : 01/2012 Effectif : _____

en vertu d'un : ☐ Accord collectif ☐ Référendum ☐ d'une Décision Unilatérale de l'entreprise

J'adhère à la formule : ☐ ADN ou ☐ ADN + VITAMINE

2. ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

Je note et j'informe mes salariés qu'ils ont la possibilité d'affilier à titre facultatif leurs membres de la famille au contrat ADN.

À défaut d'option VITAMINE souscrite par l'employeur, les salariés ont la possibilité de choisir de s'affilier à l'option VITAMINE à titre facultatif. La cotisation du salarié et des éventuels membres de sa famille sera à la charge du salarié.

Je note et j'informe mes salariés que les bénéficiaires pour les garanties de l'option seront strictement identiques à ceux déjà couverts par le contrat ADN s'ils sont affiliés.

3. TARIFS À COMPTER DU 01/10/2016 (EXPRIMÉS EN % DU PMSS)

	Régime Général		Régime Local Alsace-Moselle		Régimes à adhésion FACULTATIVE	Régime Général	Régime Local Alsace-Moselle
	ADN	ADN + VITAMINE	ADN	ADN + VITAMINE		VITAMINE	VITAMINE
Salarié obligatoire	1,30 %	1,90 %	0,91 %	1,47 %	Salarié	0,60 %	0,56 %
Conjoint facultatif	1,43 %	2,09 %	1 %	1,58 %	Conjoint	0,66 %	0,58 %
Enfant facultatif	0,71 %	1,04 %	0,50 %	0,82 %	Enfant	0,33 %	0,32 %

• J'ai bien noté que les présentes garanties ne prendront effet qu'après acceptation de KLESIA Prévoyance constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet de l'adhésion accompagné d'une notice d'information par salarié concerné dont un exemplaire sera à lui remettre.

• Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales des contrats pour les contrats conventionnels ADN et VITAMINE.

Pièces à joindre :

- Un extrait de Kbis de moins de 3 mois.
- Un justificatif d'identité du représentant légal.
- 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 ainsi qu'un justificatif d'identité du signataire du bulletin d'adhésion.

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.

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

FAIT À _____

LE _____

CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON
REPRÉSENTANT LÉGAL OU DU MANDATAIRE

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime 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

KLESIA Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

KLESIA
Prévoyance

TYPEDOC : EANP

LAB.010/17 - CRÉATION ET IMPRESSION ASSOCIATION DE MOYENS KLESIA