



Zone réservée

Code apporteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

☐ Délégué

Nom du délégué : _____

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Entreprise (Raison sociale) _____ 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 _____

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 _____ Tél _____

1. ADHÉSION AU CONTRAT DE BASE PHARMA (CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE)

Si vous avez déjà adhéré, merci de vous reporter au point 2

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 de base de prévoyance obligatoire de la pharmacie d'officine en faveur de l'ensemble des salariés cadres¹ et assimilés cadres¹

À effet du 0 1 2 0 Effectif : _____

☐ Régime Professionnel Obligatoire (RPO) ou ☐ Régime Supplémentaire Facultatif (RSF)

2. ADHÉSION AU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE (CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE)

☐ Je souhaite compléter mon contrat de base et adhérer, à titre obligatoire, au contrat surcomplémentaire prévoyance de la pharmacie d'officine en faveur de l'ensemble des salariés cadres¹ et assimilés cadres¹ en vertu d'un

☐ Accord collectif ☐ Référendum ☐ d'une Décision Unilatérale de l'entreprise

À effet du 0 1 2 0 Effectif : _____

Je choisis l'option : ☐ Option 1 OU ☐ Option 1 Tranquillité OU ☐ Option 2 OU ☐ Option 2 Sérénité

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.

3. TARIFS EN VIGUEUR

CONTRAT DE BASE PHARMA
RPO : 1,50 % TA et TB
RSF : 1,68 % TA et TB

CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE
Option 1 0,53 % TA + 1,83 % TB
Option 1 Tranquillité 0,59 % TA + 1,83 % TB
Option 2 1,48 % TA + 3,51 % TB
Option 2 Sérénité 1,55 % TA + 3,51 % TB

Les cotisations s'entendent hors reprise de passif (Salariés en arrêt de travail ou en invalidité à la date de l'adhésion).

- 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. En cas de salarié en arrêt de travail ou invalidité, il convient de le préciser dans le document « État du personnel » et de compléter la demande de « renseignement à fournir » (référence 000.837) permettant de calculer la reprise de passif correspondante.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales des contrats de prévoyance de base et surcomplémentaires de la pharmacie d'officine.
- L'entreprise s'engage à remettre à chaque salarié de l'effectif assuré la notice d'information des contrats souscrits.

Pièces à joindre :

- État du personnel.
- 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 signé par le représentant légal ainsi qu'un justificatif d'identité du mandataire.
- La « demande de renseignement » (référence 000.837) si nécessaire.

1. Personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.

TA : Fraction de la rémunération brute limitée au PASS.

TB : Fraction de la rémunération brute supérieure au PASS dans la limite de quatre PASS.

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

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 à l'exclusion du NIR et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de lutte contre la fraude. Aucune des données à caractère personnel collectée ne sera transmise à des tiers autres que les entités KLESIA, ses délégués de gestion et ses partenaires commerciaux. 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 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

FAIT À _____ LE _____

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