

BULLETIN D'ADHÉSION

FRAIS DE SOINS DE SANTÉ - PERSONNEL NON CADRE¹

Convention Collective Nationale des Pharmacies d'Officine

À retourner impérativement dûment complété à :
KLESIA Prévoyance-Entreprise 3-5 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex

CONFORME
CCN PHARMACIE D'OFFICINE

KLESIA Prévoyance

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 _____

Affiliation au régime : Régime général Régime 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 : _____ Tél : _____

1. ADHÉSION AU CONTRAT DE BASE PHARMA (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 Frais de soins de santé (contrat collectif à adhésion obligatoire) de la pharmacie d'officine en faveur de l'ensemble des salariés non cadres¹.

À effet du 0 1 2 0 Effectif : _____

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

Je souhaite compléter mon contrat de base et adhérer au contrat surcomplémentaire Frais de soins de santé en faveur de l'ensemble des salariés non cadres¹ en vertu d'un

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

3 FORMULES AU CHOIX	EFFECTIF	À EFFET DU
<input type="checkbox"/> Renfort 1		
<input type="checkbox"/> Renfort 2		
<input type="checkbox"/> Renfort 3		

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. Je note et j'informe mes salariés que les bénéficiaires pour les garanties du contrat surcomplémentaire seront strictement identiques à ceux déjà couverts au titre du contrat de base. Dans le cas où je n'ai pas souscrit à la surcomplémentaire obligatoire, j'ai bien noté que mes salariés ont la possibilité de choisir une surcomplémentaire à titre facultatif. La cotisation est entièrement à leur charge et est prélevée sur leur compte bancaire.

3. TARIFS EN VIGUEUR

CONTRAT DE BASE PHARMA		CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE	
Adhésion obligatoire (cotisation Uniforme)		Adhésion obligatoire (cotisation Uniforme)	
Régime Général	Régime Alsace Moselle		
0,97 % TA et TB + 0,8 2% PMSS	0,74 % TA et TB + 0,64 % PMSS	Renfort 1	+ 0,50% PMSS ²
		Renfort 2	+ 0,70% PMSS ²
		Renfort 3	+ 1,10% PMSS ²

Pour les salariés «multi-employeurs», les tarifs afférents sont détaillés dans les conditions générales des contrats Frais de soins de santé.

- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales des contrats Frais de soins de santé de base et surcomplémentaires lorsqu'ils sont souscrits.
- L'entreprise s'engage à remettre à chaque salarié de l'effectif assuré la notice d'information des contrats souscrits.

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 signé par le représentant légal ainsi qu'un justificatif d'identité du mandataire.

FAIT À _____ LE _____

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

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

2. Tarifs valables pour les régimes général et local d'Alsace-Moselle.

TA : Fraction de la rémunération brute limitée au PASS - TB : Fraction de la rémunération brute supérieure au PASS et dans la limite de quatre PASS.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

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 collectées 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