

# BULLETIN D'ADHÉSION

**PRÉVOYANCE** CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVREURIE ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT (JO 3051 / IDCC 567) INTÉGRANT LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HORLOGERIE (JO 3152 / IDCC 1044)

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DÛMENT COMPLÉTÉ À :  
KLESIA PRÉVOYANCE - TSA 90200  
69307 LYON CEDEX 07

Zone réservée

N° SIREN \_\_\_\_\_  
N° Entreprise \_\_\_\_\_  
Code apporteur \_\_\_\_\_  
Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Nom du réseau commercial : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Forme juridique \_\_\_\_\_ Adresse du siège social \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Numéro de Siren \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_  
Tél \_\_\_\_\_ E-mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Code NAF (ex-APE) \_\_\_\_\_ NIC du siège social \_\_\_\_\_  
Activité principale \_\_\_\_\_ CCN appliquée \_\_\_\_\_ N°IDCC \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente du siège social) \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Identité du dirigeant : Nom / Prénom \_\_\_\_\_ Statut :  Salarié  Non salarié  
E-mail du dirigeant<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

**En cas de reprise de l'entreprise : nom du précédent exploitant**  
Nature juridique de la reprise \_\_\_\_\_ Ancien N° Siret \_\_\_\_\_  
CCN appliquée \_\_\_\_\_

**Nom de votre Expert-Comptable**  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir des informations commerciales  par courrier  par SMS  par téléphone  par e-mail

## ADHÉSION AU(X) CONTRAT(S) COLLECTIF(S) OBLIGATOIRE(S)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ 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 collectif assuré par KLESIA Prévoyance et OCIRP en faveur de la totalité du personnel appartenant à la (ou les) catégorie(s) choisie(s) ci-dessous,  
à effet du \_\_\_\_\_ et en vertu de :  d'un accord collectif  d'un référendum  d'une décision unilatérale (DUE)

SALARIÉS CADRES <sup>2</sup>	SALARIÉS NON CADRES <sup>3</sup>
<input type="checkbox"/> Effectif : _____	<input type="checkbox"/> Effectif : _____
<b>FORMULE CHOISIE</b>	
<input type="checkbox"/> Régime de base, cotisation : 1,54 % du salaire tranche 1 - 1,94 % du salaire tranche 2 (limitée à 4 PASS) • Régime complémentaire (capital Décès additionnel), cotisation : <input type="checkbox"/> option 1 : 0,21 % des salaires tranche 1 et tranche 2 (limitée à 4 PASS) <input type="checkbox"/> option 2 : 0,41 % des salaires tranche 1 et tranche 2 (limitée à 4 PASS)	<input type="checkbox"/> Régime de base, cotisation : 1,54 % du salaire tranche 1 - 1,94 % du salaire tranche 2 (limitée à 4 PASS) • Régime complémentaire (capital Décès additionnel), cotisation : <input type="checkbox"/> option 1 : 0,21 % des salaires tranche 1 et tranche 2 (limitée à 4 PASS) <input type="checkbox"/> option 2 : 0,41 % des salaires tranche 1 et tranche 2 (limitée à 4 PASS)
<b>Le contrat complémentaire (capital Décès additionnel) ne peut être souscrit qu'en complément d'un contrat de prévoyance collective de base obligatoire</b>	

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

Je reconnais avoir été informé (e) de l'intérêt d'adhérer au(x) contrat(s) sélectionné(s) ci-dessus pour lequel  
un exemplaire du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) m'a été remis, et avoir reçu les  
Conditions générales des contrats prévoyance de base et surcomplémentaire lorsqu'ils sont souscrits, ainsi  
que les notices d'information à remettre à chaque salarié.

Je certifie en outre avoir déclaré tous les participants en arrêt de travail à la date de signature de la de-  
mande et avoir précisé s'ils bénéficient de prestations « incapacité de travail - Invalidité » auprès d'un autre  
organisme de prévoyance. En cas de salariés en arrêt de travail ou en invalidité, il convient de le préciser  
dans le document « état du personnel » et de compléter la demande de « renseignements à fournir » (réf.  
000.837).

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

Pièces à joindre :

- Extrait 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 le pouvoir d'engager l'entreprise signé par le représentant légal ainsi qu'un justificatif d'identité du mandataire.
- Fiche de devoir de conseil signée
- État du personnel.

**1.** Information indispensable pour créer un espace client KLESIA Prévoyance et bénéficier de ses services. **2.** Cadre (Personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres). **3.** Non cadre (Personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres)

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Les données, à l'exclusion du NIR, sont collectées, pour la gestion administrative de votre dossier, et avec votre consentement, à des fins de prospection commerciale. Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027 93108 Montrouil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 0.

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