

DEMANDE D'ADHÉSION **ENTREPRISE**

PRÉVOYANCE CONVENTIONNELLE NON CADRE **TRANSPORT**

À retourner impérativement dûment complété à : **CARCEPT-Prévoyance – TSA 90200 – 69307 LYON Cedex 07**

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

Raison sociale : _____

Sigle / enseigne commerciale : _____

Forme juridique : _____ **N° Siret :** _____

Date de création : _____ **Code NAF (ex-APE) :** _____

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

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone : _____ **Email :** _____

Adresse de correspondance si différente du siège social : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone : _____ **Email :** _____

Identité du dirigeant : Nom : _____ Prénom : _____ Statut : ☐ Salarié ☐ Non salarié

E-mail : _____

La saisie de votre adresse e-mail est obligatoire pour créer un espace client entreprise et bénéficier de ses services.

Identité du correspondant «espace client entreprise» si différent du dirigeant : Nom : _____ Prénom : _____

E-mail : _____

En cas de reprise de l'entreprise : Nom du précédent exploitant : _____

Nature juridique de la reprise : _____ **Ancien n° siret :** _____

CCN appliquée : _____

Expert-comptable : Nom de votre expert-comptable : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone : _____

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

ADHÉSION

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 Règlement Intérieur de CARCEPT-Prévoyance pour les salariés non cadres¹.

Effectif :

Date d'effet² : _____ | 2 | 0 | _____

1. Personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

2. L'adhésion prend effet après acceptation par CARCEPT-Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion

DÉCLARATION DES RISQUES EN COURS

- ☐ Je certifie n'avoir aucun salarié en incapacité de travail ou en invalidité (y compris en mi-temps thérapeutique) à la date de signature de la demande.
- ☐ Je certifie avoir déclaré tous les salariés en incapacité de travail ou en invalidité (y compris en mi-temps thérapeutique) à la date de signature de la demande et avoir précisé s'ils bénéficient de prestations incapacité de travail ou invalidité auprès d'un autre organisme assureur. En cas de salariés en incapacité de travail ou en invalidité, il convient de le préciser dans le document « Renseignements à fournir – Couverture des salariés en arrêt de travail ».

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 CARCEPT-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 Montreuil 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 07.

GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence défini au Règlement Intérieur de CARCEPT-Prévoyance.

NATURE DES PRESTATIONS		MONTANT DES PRESTATIONS
DÉCÈS		
CAPITAL DÉCÈS		
En cas de décès du salarié, versement d'un capital en fonction de sa situation familiale appréciée au jour du sinistre :		
– Célibataire, veuf, séparé de corps judiciairement ou de fait ou divorcé sans enfant à charge		50 %
– Célibataire, veuf, séparé de corps judiciairement ou de fait ou divorcé avec un seul enfant à charge		100 % dont 70 % pour le(s) bénéficiaire(s) et 30 % pour l'enfant
– Majoration pour chaque enfant à charge supplémentaire		30 %
– Marié, non séparé de corps judiciairement ou de fait, vivant en concubinage ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) sans enfant à charge		100 %
– Marié, non séparé de corps judiciairement ou de fait, vivant en concubinage ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) avec un seul enfant à charge		130 % dont 100 % pour le(s) bénéficiaire(s) et 30 % pour l'enfant
– Majoration pour chaque enfant à charge supplémentaire		30 %
Le montant total du capital décès versé, majoration comprise, est limité à 200 % du capital de base.		
INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE		
En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du salarié, versement du capital décès par anticipation.		
GARANTIE DOUBLE EFFET		
En cas de décès du conjoint, simultané ou dans les deux ans suivant le décès du salarié, un capital est versé aux enfants à charge du conjoint survivant. Seuls sont pris en considération les enfants à charge du conjoint qui étaient à la charge du participant au jour de son décès.		Le montant du capital est limité à 200 % du capital de base calculé comme celui qui était garanti sur la tête du salarié, compte tenu du nombre d'enfants à charge du conjoint au moment de son décès.
INVALIDITÉ	NOMBRE DE POINTS D'ACTIVITÉ ATTRIBUÉS AU SALARIÉ (AU JOUR DU SINISTRE)	
En cas d'invalidité 1 ^{ère} catégorie ¹ ou d'incapacité permanente partielle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 54 % et 65 %	Quel que soit le nombre de points	Rente égale à 15 %
En cas d'invalidité 2 ^e catégorie ou 3 ^e catégorie ¹ ou d'incapacité permanente partielle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %	De 0 à 1800 points	Rente égale à 20 %
	De 1801 points à 2400 points	Rente égale à 22,50 %
	De 2401 points à 3600 points	Rente égale à 25 %
	Au moins 3601 points	Rente égale à 30 %

1. Telle(s) que définie(s) par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

COTISATIONS

Le montant de la cotisation est de 0,70 %² de la rémunération totale brute soumise aux cotisations de Sécurité sociale, hors frais professionnels, limitée à trois plafonds de la Sécurité sociale.

La cotisation est répartie à raison de 50 % minimum à la charge de l'employeur.

2. Dont 0,05 % affecté au financement du haut degré de solidarité en application des dispositions du Titre IV de l'accord-cadre du 20 avril 2016.

Les cotisations ne tiennent pas compte de la tarification supplémentaire que représentent les personnes déclarées dans le document « Renseignements à fournir - Couverture des salariés en arrêt de travail » joint à la présente demande d'adhésion. En présence de personne(s) déclarée(s) dans le document « Renseignements à fournir - Couverture des salariés en arrêt de travail », CARCEPT-Prévoyance pourra établir une tarification pour la reprise des risques en cours avec une nouvelle proposition d'adhésion.

PIÈCES À JOINDRE

- Extrait Kbis de moins de 3 mois.
- Justificatif d'identité du représentant légal de l'entreprise.
- 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 ainsi qu'un justificatif d'identité du signataire du bulletin d'adhésion.
- Document « Renseignements à fournir - Couverture des salariés en arrêt de travail », le cas échéant.
- Fiche de devoir de conseil signée

Je reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt d'adhérer au contrat sélectionné ci-dessus pour lequel un exemplaire du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) m'a été remis et avoir reçu le Règlement Intérieur de CARCEPT-Prévoyance ainsi que la notice d'information à remettre à chaque salarié.

Fait à _____
le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cachet de l'entreprise et signature de son représentant

RÉSERVÉ À CARCEPT-Prévoyance
Réseau : _____
N° d'adhérent CARCEPT : _____
Nom du conseiller : _____
Code du conseiller : _____
Code/ Nom apporteur : _____