

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale _____ Sigle _____ Forme juridique _____

Date de création _____ Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____

Adresse du Siège social _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse de correspondance (si différente) _____

Tél. _____ Fax _____ Activité principale _____

N° SIRET _____ Code APE (norme NAF) _____ Convention collective appliquée _____

Effectif cadre _____ Effectif non cadre _____

IDENTITÉ DU DIRIGEANT : Nom / prénom _____ Statut : ☐ Salarié ☐ Non salarié

EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE : nature juridique de la reprise

Ancienne dénomination _____ Ancien n° SIRET _____

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de _____,

ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande à adhérer, auprès de l'Institution de Prévoyance compétente au :

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNEL DES HÔTELS - CAFÉS - RESTAURANTS (OBLIGATOIRE)

en faveur de la totalité du personnel salarié des catégories ci-dessous visées à effet du _____ et aux conditions suivantes :

☐ Cadre (Personnel relevant des art. 4 et 4 bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947).

☐ Non cadre (Personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et 36 de la CCN du 14/03/1947).

Cochez obligatoirement les 2 cases ci-dessus si vous ne bénéficiez pas d'un régime conforme auprès d'un autre assureur pour l'une de ces catégories.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE
cotisation contractuelle

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE
cotisation appelée au 1^{er} juillet 2015

Condition d'ancienneté

Répartition de la cotisation du régime obligatoire salarié CCN HCR

MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE

RÉGIME GÉNÉRAL

RÉGIME ALSACE MOSELLE

32 €

22,90 €

28 €

20 €

La cotisation est due au terme du 1^{er} mois civil entier dans l'entreprise, à terme échu

50 % salarié - 50 % employeur

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales du régime frais de santé conventionnel obligatoire de la CCN des Hôtels - Cafés - Restaurants, comportant les conditions d'assurance prévues par l'accord de Branche et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou 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.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'Entreprise et signature de son représentant légal :

PIÈCES À JOINDRE : Extrait k.bis de moins de 3 mois



AFFILIATION DES SALARIÉS

GPS Gestions Prestation Service est le gestionnaire du régime HCR Santé pour les affiliations et les prestations.

Pour la bonne gestion des dossiers et le suivi des affiliations, vous devez impérativement renseigner le nom et les coordonnées d'un « contact affiliation » (responsable du personnel, expert comptable, ...).

NOM / Prénom _____

Adresse e-mail _____

Tél. _____

Pour une affiliation simple et rapide, vos salariés peuvent directement remplir leur bulletin en ligne sur le site : **www.gpam.fr**



**BULLETIN D'ADHESION OU DE MODIFICATION
DE L'ENTREPRISE AUX REGIMES FRAIS DE SANTE
BRANCHE DES HOTELS-CAFES-RESTAURANTS**

A retourner à ARDISSON CONSEILS 23/25 Bd Général Vautrin 06400 - Cannes

KLESIA Prévoyance – 1 à 13 rue Denise Buisson – 93554 Montreuil Cedex

Ardisson Conseils
Klésia 1750
Siret : 423 162 247
N°Orias : B 07 002 391
23-25 Bd Général Vautrin
06400 Cannes
contact@ardissonconseils.com
Fax : 04.92.18.99.21

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale _____ Sigle _____ Forme juridique _____
Date de création ____/____/____ Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____
Adresse du Siège social _____ Code Postal _____ Ville _____
Adresse de correspondance (si différente) _____
Tél. _____ Fax _____ Activité principale _____
N° SIRET _____ Code APE (norme NAF) _____ Convention collective appliquée _____
Effectif cadre _____ Effectif non cadre _____
Identité du dirigeant : Nom / prénom _____ Statut : ☐ Salarié ☐ Non salarié
.....
EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE : nature juridique de la reprise
Ancienne dénomination _____ Ancien n° SIRET _____

TYPEDOC : EAMP

REGIME FRAIS DE SANTE COMPLEMENTAIRE (OPTIONNEL)

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de _____, ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare être adhérent à la couverture conventionnelle obligatoire frais de santé de la **CCN des HOTELS-CAFES-RESTAURANTS** auprès de **KLESIA Prévoyance**.
Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié de l'une des catégories ci-dessous visées à effet du ____/____/____, en vertu : ☐ d'un accord d'entreprise ☐ d'un référendum du personnel ☐ d'une décision unilatérale de l'employeur

Pour chaque catégorie, cochez :

1. Le type de cotisations
2. Le niveau des garanties

	1. Choix du type de cotisations :			2. Choix du niveau de garanties (voir le détail au verso) :			
	Salarié seul	Tarif unique Famille (une cotisation unique quelle que soit la composition familiale)	Salarié – Famille (une cotisation en fonction de la situation familiale réelle du salarié)	CCN BASE Famille	CCN + SURCO A	CCN + SURCO B	CCN + SURCO C
Cadre (personnel relevant des art. 4 & 4bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Non cadre (personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cotisations mensuelles à effet du 01/01/2016	RÉGIME GÉNÉRAL				RÉGIME ALSACE MOSELLE			
	Salarié seul	Tarif unique Famille	Salarié - Famille		Salarié seul	Tarif unique Famille	Salarié - Famille	
			Salarié	Salarié et sa famille			Salarié	Salarié et sa famille
CCN BASE FAMILLE	-	77,00 €	28,00 € *	113,00 €	-	55,37 €	20,00 € *	80,82 €
CCN + SURCO A	35,00 €	101,00 €	35,00 €	141,00 €	27,00 €	79,37 €	27,00 €	108,82 €
CCN + SURCO B	50,00 €	137,00 €	50,00 €	186,00 €	42,00 €	115,37 €	42,00 €	153,82 €
CCN + SURCO C	58,00 €	161,00 €	58,00 €	213,00 €	50,00 €	139,37 €	50,00 €	180,82 €

Ces garanties ne peuvent être adoptées qu'en complément de la couverture conventionnelle obligatoire frais de santé de la CCN des Hôtels – Cafés – Restaurants souscrit auprès de l'Institution de Prévoyance compétente, pour la catégorie visée à la présente demande d'adhésion. La souscription au contrat frais de santé complémentaire rend l'affiliation obligatoire pour les seuls salariés ou pour les salariés et leurs ayants droit.

*Montant de la cotisation de la couverture conventionnelle obligatoire

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales du contrat frais de santé complémentaire, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou 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.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

PIECES A JOINDRE : Extrait k.bis de moins de 3 mois

Affiliation des salariés

GPS Gestions Prestation Service est le gestionnaire du régime HCR Santé pour les affiliations et les prestations.

Pour la bonne gestion des dossiers et le suivi des affiliations, vous devez impérativement renseigner le nom et les coordonnées d'un « contact d'affiliation » (responsable du personnel, expert comptable, ...).

NOM / Prénom _____

Adresse e-mail _____

Tél. _____

Pour une affiliation simple et rapide, vos salariés peuvent directement remplir leur bulletin en ligne sur le site : **www.gpam.fr**

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires ci-dessus visés, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit (hors allocation de naissance ou adoption). Les actes non remboursables inscrits à la CCAM et/ou non-inscrits à la NGAP (hors nomenclature) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions concernant toutefois des actes ou spécialités à caractère thérapeutique (cf. Conditions générales). Les prestations sont exprimées en complément du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.

NATURE DES FRAIS	BASE CCN *	BASE CCN + SURCO A*	BASE CCN + SURCO B*	BASE CCN + SURCO C*
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE - Frais et Honoraires chirurgicaux - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) . . - Frais de séjour - Forfait hospitalier - Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (yc médecine de ville) - Chambre particulière de nuit - Chambre particulière de jour (CPA) - Frais de lit d'accompagnant - Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro	TM + 230 % BRSS TM + 100 % BRSS 110 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 50 € par jour 50 € par jour 15 € par jour -	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 50 € par jour 50 € par jour 30 € par jour -	TM + 380 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 80 € par jour 55 € par jour 50 € par jour 125 € / an	TM + 430 % BRSS TM + 100 % BRSS 400 % BRSS 100 % des frais réels 100 % de la participation forfaitaire 120 € par jour 65 € par jour 80 € par jour 150 € / an
MÉDECINE COURANTE - Consultations - Visites de généralistes et spécialistes - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) - Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) . . - Analyses médicales - Imagerie médicale, radiologie, échographie - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) . . - Auxiliaires médicaux - Prothèses remboursées par la SS autres que dentaires et auditives . - Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale - Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale - Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la SS - Acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien non remboursé par la Sécurité sociale	TM + 20 % BRSS TM TM + 20 % BRSS TM TM TM TM TM 65 % BRSS 400 € / oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS 100 % BRSS 100 € / an / bénéficiaire -	TM + 50 % BRSS TM + 30 % BRSS TM + 50 % BRSS TM + 30 % BRSS TM TM TM 65 % BRSS 400 € / oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS 100 % BRSS 100 € / an / bénéficiaire 20 € / an / bénéficiaire	TM + 120 % BRSS TM + 100% BRSS TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS TM TM + 120 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 110 % BRSS 150 % BRSS 400 € / oreille (maxi 2 par an) + 150 % BRSS 150 % BRSS 100 € / an / bénéficiaire 30 € / an / bénéficiaire	TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS TM + 270 % BRSS TM + 100% BRSS TM TM + 270 % BRSS TM + 100 % BRSS TM +260 % BRSS 300 % BRSS 400 € / oreille (maxi 2 par an) + 300 % BRSS 300 % BRSS 100 € / an / bénéficiaire 40 € / an / bénéficiaire
PHARMACIE - Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale. - Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	TM -	TM -	TM 20 € / an	TM 35 € / an
DENTAIRE - Soins dentaires - Inlays - Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la SS (yc prothèse sur implant) - Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾ - Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾ - Implants dentaires (hors prothèse dentaire) – Tous les 2 ans	TM 200 % BRSS 240 % BRSS 240 % BRSS 166 % BRSS 100 % BRSS -	TM 300 % BRSS 300 % BRSS 300 % BRSS 266 % BRSS 200 % BRSS -	TM 350 % BRSS 350 % BRSS 350 % BRSS 300 % BRSS 300 % BRSS 500 € / bénéficiaire	TM 450 % BRSS 450 % BRSS 450 % BRSS 450 % BRSS 400 % BRSS 700 € / bénéficiaire
OPTIQUE (selon la dioptrie) - Forfait par verre ⁽³⁾ - Unifocaux – de 0 à 4 - Unifocaux – de 4,25 à 6 - Unifocaux – de 6,25 à 8 - Unifocaux – à partir de 8,25 - Multifocaux – de 0 à 4 - Multifocaux – de 4,25 à 6 - Multifocaux – de 6,25 à 8 - Multifocaux – à partir de 8,25 - Monture ⁽³⁾ - Lentilles correctrices prises en charge par la SS (yc jetables) - Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (yc jetables) - Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 100 € 126 € / an / bénéficiaire (minimum TM) 126 € / an / bénéficiaire -	160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 100 € 190 € / an / bénéficiaire (minimum TM) 190 € / an / bénéficiaire -	160 € 185 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 € 100 € 250 € / an / bénéficiaire (minimum TM) 250 € / an / bénéficiaire 345 € / œil / an	180 € 185 € 250 € 300 € 270 € 310 € 325 € 350 € 100 € 300 € / an / bénéficiaire (minimum TM) 300 € / an / bénéficiaire 460 € / œil / an
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	TM	TM	130 % BRSS	230 % BRSS
MATERNITÉ - Allocation de naissance ou adoption - Chambre particulière (8 jours maximum)	8 % PMSS par enfant 1,5 % PMSS / jour	8 % PMSS par enfant 2 % PMSS / jour	10 % PMSS par enfant 2,5 % PMSS / jour	12 % PMSS par enfant 3 % PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS - Transport accepté - Moyens de contraception prescrits non remboursés par la SS . . .	TM 3 % PMSS / an / bénéficiaire	TM 3 % PMSS / an / bénéficiaire	TM 3 % PMSS / an / bénéficiaire	TM 4 % PMSS / an / bénéficiaire
ACTES DE PRÉVENTION Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS) ⁽⁵⁾ – par an	80 € / bénéficiaire	95 € / bénéficiaire	120 € / bénéficiaire	150 € / bénéficiaire
Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la SS ⁽⁵⁾	Pris en charge au titre des postes dont ils relèvent (minimum TM)			

*En complément de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur- BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - SS : Sécurité sociale / Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITÉ.

(1) Reconstituée sur une BRSS à 107,50 € - (2) Assuré de moins de 25 ans / reconstituée sur la base d'un T090 - (3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an - (4) Dans la limite de deux interventions (une pour chaque œil) par an et par bénéficiaire

- (5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur amelf.fr)

BULLETIN D'ADHÉSION ET DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

**DOCUMENT IMPORTANT à retourner complété et signé
à Ardisson Conseils 23/25 Bd Général Vautrin 06400 Cannes**

Entreprise (Raison sociale) _____

Forme juridique _____ Date de création de l'entreprise |_|_|_|_|_|_|_|

Le cas échéant, nom du précédent exploitant _____ Nature juridique de la reprise _____

Ancien numéro d'entreprise _____

Adresse du Siège social _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____ Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse pour l'envoi des décomptes de cotisations (si différente de celle du siège social) _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____ Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Siren |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nic |_|_|_|_|_| Effectif Cadres ⁽¹⁾ : _____ Effectif Non cadres ⁽²⁾ : _____

Nom et adresse de votre expert-comptable _____

_____ Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Convention Collective appliquée _____

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de _____

ayant pouvoir d'engager l'entreprise, déclare :

☐ adhérer au contrat HCR conventionnel de KLESIA Prévoyance – OCIRP *(cochez la case)*,

en faveur de la totalité du personnel salarié (cadre et non cadre) et à effet du : |_|_|_|_|_|_|_|

pour un montant de cotisation égal à 0,80 % de la tranche A du salaire.

☐ Je déclare en outre avoir reçu les conditions générales du contrat et la notice d'information.

PIÈCES À JOINDRE

■ Extrait de Kbis de moins de 6 mois.

■ Si le signataire de la demande d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant pouvoir d'engager l'entreprise.

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

(2) Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.

Fait à _____

Le _____

CACHET DE L'ENTREPRISE

et signature de son représentant légal

Pour compléter votre dossier d'adhésion, merci de remplir l'état du personnel figurant au verso de ce document et de nous le retourner.

DEMANDE D'ADHÉSION

AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

AU CONTRAT COLLECTIF CONVENTIONNEL DES HÔTELS CAFÉS RESTAURANTS

à retourner impérativement accompagnée de l'état du personnel à : Ardisson Conseils 23/25 Bd Général Vautrin 06400 Cannes

Entreprise _____

Adresse du Siège social _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. _____

Adresse pour l'envoi des décomptes de cotisations (si différente de celle du siège social) _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. _____

Tél. portable _____ Fax _____ E-mail : _____

N° Siret : _____ Code NAF : _____ Effectif total : _____

Forme juridique _____ Activité principale _____

Statut du dirigeant ☐ salarié ☐ non salarié Date de création _____

En cas de reprise d'un fonds de commerce déjà existant, nous communiquer la raison sociale, l'adresse et le numéro Siret du précédent exploitant (nous fournir les pièces officielles).

GARANTIES DÉCÈS / INCAPACITÉ – INVALIDITÉ / RENTE ÉDUCATION

Je soussigné (e) _____, agissant en qualité de _____
ayant pouvoir d'engager l'entreprise, déclare :

☐ adhérer, en faveur des catégories de personnel choisies ci-dessous, au titre des garanties **“Décès – Incapacité de travail – Invalidité et Rente éducation”** de ☐ l'IPGM – OCIRP (cocher la case), en vertu : ☐ d'une convention ou accord collectif d'entreprise, ☐ d'un référendum, ☐ d'une décision unilatérale de l'employeur.

Ces garanties ne peuvent être adoptées qu'en complément du régime conventionnel des Hôtels-Cafés-Restaurants souscrit auprès de l'IPGM et de l'OCIRP.

CATÉGORIE DE PERSONNEL	CHOIX DE L'OPTION	
	TA ⁽¹⁾	EXTENSION À LA TB ⁽²⁾
☐ CADRES ▼ Effectif _____	☐ Option 1 * Taux de cotisation : 0,70 % TA	Option 2 (uniquement si l'option 1 sur la TA choisie) ☐ oui ☐ non Taux : 2,50 % TB
	☐ Option 3 Taux de cotisation : 1,15 % TA	Option 4 (uniquement si l'option 3 sur la TA choisie) ☐ oui ☐ non Taux : 2,75 % TB
☐ NON CADRES ▼ Effectif _____	☐ Option 1 Taux de cotisation : 0,20 % TA	Option 2 (uniquement si l'option 1 sur la TA choisie) ☐ oui ☐ non Taux : 1,33 % TB
		Option 3 ☐ oui ☐ non Taux : 1,20 % TB

(1) TA : salaire limité au plafond de la Sécurité sociale – (2) TB : salaire compris entre 1 fois et quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

* Cette option permet de répondre strictement à l'obligation de la Convention collective nationale du 14 mars 1947 qui prévoit la prise en charge par l'Employeur d'une cotisation égale à 1,50 % TA affectée en priorité au risque décès au profit de ses salariés cadres. Par conséquent, il incombe à l'entreprise de prendre en charge la cotisation du régime complémentaire ainsi que l'intégralité de la cotisation du régime conventionnel (0,80 % TA) pour respecter cette obligation.

Salariés en arrêt de travail - Si vous avez des salariés en arrêt de travail, une cotisation supplémentaire peut être demandée, remplir l'imprimé « **couverture des salariés en arrêt de travail** » (réf. 1-SER.168)

Je reconnais avoir reçu les conditions générales du régime de prévoyance complémentaire, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou 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.

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

TABLEAU RECAPITULATIF DES GARANTIES

Prévoyance complémentaire cadres et non cadres

au contrat conventionnel des hôtels cafés restaurants

	Garanties cadres				Garanties non cadres		
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 1	Option 2	Option 3*
Décès de base / Invalidité absolue et définitive ⁽¹⁾							
Célibataire, Veuf(ve), Divorcé(e) ou séparé(e) judiciairement de corps	+ 190 % de TA	300 % de TB	+ 190 % de TA majorés de 100 % de TA par enfant à charge	300 % de TB majorés de 100 % de TB par enfant à charge	+ 40 % de TA	190 % de TB	150 % de TB
Marié(e) non séparé(e) judiciairement de corps Partenaire de PACS Concubin(e)	+ 240 % de TA	350 % de TB	+ 290 % de TA majorés de 100 % de TA par enfant à charge	400 % de TB majorés de 100 % de TB par enfant à charge	+ 40 % de TA	190 % de TB	150 % de TB
Décès accidentel (supplémentaire au décès de base) ⁽²⁾							
En cas de décès dans les 6 mois suivant l'accident.	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base
Double effet ⁽³⁾							
	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base	100 % du capital décès de base
Rente éducation ⁽⁴⁾ (en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, si enfants à charge du salarié)							
Jusqu'au 8 ^e anniversaire	-	12 % de TB	-	12 % de TB	-	12 % de TB	12 % de TB
À compter du 8 ^e anniversaire et jusqu'au 18 ^e anniversaire (26 ^e anniversaire en cas de poursuite d'études)	-	18 % de TB	-	18 % de TB	-	18 % de TB	18 % de TB
OU Rente de conjoint substitutive (si absence d'enfant à charge)							
Rente versée pendant 5 ans au maximum	-	5 % de TB	-	5 % de TB	-	5 % de TB	5 % de TB
Incapacité de travail	Franchise de 30 jours d'arrêt de travail continu				Franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu		
	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾			
Du 31 ^e jour au 90 ^e jour	80 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	75 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	75 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	70 % du salaire de référence ⁽⁵⁾
Invalidité							
1 ^{re} catégorie ⁽⁷⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	50 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	45 % du salaire de référence ⁽⁵⁾
2 ^e et 3 ^e catégories ⁽⁸⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	80 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	75 % du salaire de référence ⁽⁶⁾	75 % du salaire de référence ⁽⁵⁾	70 % du salaire de référence ⁽⁵⁾

* L'option 3 Non cadres est une extension des garanties du régime conventionnel à la tranche B

- (1) pour les salariés justifiant d'un mois continu d'ancienneté dans l'entreprise (sans condition d'ancienneté en cas de décès consécutif à une maladie professionnelle)
- (2) pour les salariés justifiant d'un mois continu d'ancienneté dans l'entreprise (sans condition d'ancienneté en cas de décès consécutif à un accident de travail ou de trajet)
- (3) en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint du salarié non séparé, du partenaire de PACS ou du concubin notoire avec des enfants à charge et nés de l'union
- (4) pour les salariés justifiant d'un mois continu d'ancienneté dans l'entreprise (sans condition d'ancienneté en cas de décès consécutif à un accident de travail, de trajet ou à une maladie professionnelle)
- (5) sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale : le salaire de référence est identique à celui choisi pour la cotisation
- (6) sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale et de celles servies au titre du régime conventionnel : le salaire de référence est identique à celui choisi pour la cotisation
- (7) ou taux d'incapacité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %
- (8) ou taux d'incapacité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle égal ou supérieur à 66 %

Choix des institutions d'adhésion

Ardisson Conseils
Klésia 1750
Siren : 423 162 247
N°Orias : B 07 002 391
23-25 Bd Général Vautrin
06400 Cannes
contact@ardissonconseils.com
Fax : 04.92.18.99.21

● RETRAITE COMPLEMENTAIRE
agirc et **arrco**

NOM ou RAISON SOCIALE :
Sigle et (ou) enseigne commerciale :
Date de création :
Forme juridique : N° de RC ou RM :
Adresse du siège social :
Tél. : Fax : E-mail :
Adresse correspondance :
Convention collective applicable : N° IDCC* :
Activité économique : Syndicat professionnel :
N° SIRET : Code NAF :
* Identifiant de convention collective

Je soussigné(e) (1), agissant en qualité de :
..... déclare :

- adhérer à **KLESIA Retraite Arrco** : institution de retraite complémentaire régie par le code de la Sécurité sociale / institution membre de l'Arrco (2), en application de l'Accord du 8 décembre 1961, de ses annexes et avenants,
- adhérer à **KLESIA Retraite Agirc** : institution de retraite complémentaire régie par le code de la Sécurité sociale / institution membre de l'Agirc (2), en application de la Convention collective nationale du 14 mars 1947,

et m'engage à respecter les dispositions actuelles et futures des accords collectifs précités.

Date d'immatriculation :

(date d'immatriculation au registre du commerce pour les sociétés et commerçants, au répertoire des métiers pour les artisans, déclaration en Préfecture pour les associations)

Effectifs :

Nombre de salariés de votre entreprise : Non cadres : Cadres :

Exploitez-vous plusieurs établissements (usines, agences, succursales, etc.) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, adresses :

Ont-ils été créés antérieurement à l'établissement faisant l'objet de la présente demande d'adhésion ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, nous préciser la (les) institution(s) de retraite complémentaire auprès de laquelle (desquelles) ils ont adhéré :

Régime de base

Votre personnel est affilié :
- au régime général de Sécurité sociale Oui ☐ Non ☐
- aux Assurances Sociales Agricoles Oui ☐ Non ☐

Suite économique

L'entreprise a-t-elle été créée pour reprendre l'exploitation d'une autre entreprise ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquer la raison sociale et l'adresse de ce prédécesseur :

Comptabilité

Dans le cas où la comptabilité de votre entreprise est confiée à un cabinet comptable, indiquer ses nom, adresse et téléphone

.....

.....

Avez-vous l'intention de faire vos déclarations sociales via net-entreprises ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, nous tenons une documentation à votre disposition.

(1) Ce document ne peut être signé que par une personne ayant pouvoir d'engager l'entreprise sans restriction ni réserve.

(2) Un certificat d'adhésion vous sera très prochainement adressé pour vous donner toutes précisions utiles sur les régimes.

Fait à : Le :

Cachet / Signature

CONDITIONS GÉNÉRALES DE COTISATIONS À L'ARRCO ET À L'AGIRC

■ Salariés visés

Tous les salariés relevant du régime général ou de la MSA cotisent à l'Arrco. Les salariés appartenant aux catégories suivantes cotisent également à l'Agirc (classifications validées par l'Agirc - www.retraite-repartition.fr/Affilial/) :

- Article 4 : ingénieurs et cadres définis par des conventions ou accords, dirigeants de sociétés, VRP cadres ;
- Article 4 bis : assimilés cadres, c'est-à-dire employés, techniciens et agents de maîtrise occupant des emplois classés, par la convention collective applicable à l'entreprise, à un critère hiérarchique > ou = au coefficient Parodi 300 ou à un niveau équivalent ;
- Article 36 : option, ouverte à certaines entreprises, permettant l'affiliation des employés, techniciens et agents de maîtrise dont le critère hiérarchique est au moins égale au seuil choisi par l'entreprise (coefficient Parodi minimum > ou = 200 ou niveau équivalent).

TAUX PAR TRANCHE DE SALAIRE ET RÉGIME RECEVANT LES COTISATIONS (voir détail des systèmes de cotisation dans le tableau ci-dessous)			
Salariés relevant exclusivement de l'Arrco	► à l'Arrco 6 %⁽¹⁾ appelé à 125 % soit 7,5%	► à l'Arrco 16 % appelé à 125 % soit 20 %	
	T1 (jusqu'à 1 PSS) (2)	T2 (entre 1 et 3 PSS) (2)	
Salariés relevant de l'Agirc et de l'Arrco	T1 (jusqu'à 1 PSS) (2)	TB (entre 1 et 4 PSS) (2)	TC (entre 4 et 8 PSS) (2)
	► à l'Arrco 6 %⁽¹⁾ appelé à 125 % soit 7,5% ► à l'Agirc CET + GMP	► à l'Agirc 16,24 % appelé à 125 % soit 20,30 % + CET + GMP	► à l'Agirc 16,24 % appelé à 125 % soit 20,30 % + CET

(1) Sauf dispositions spécifiques prévues par votre convention collective professionnelle qui vous sont précisées par votre certificat d'adhésion.

(2) PSS = Plafond de la Sécurité sociale.

■ Répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié (sauf CET, AGFF et APEC) :

- Régime Arrco : 60 % des cotisations employeur / 40 % salarié. (Cette répartition s'applique sauf dispositions spécifiques conventionnelles).
- Régime Agirc : Tranche B (sauf CET) : 62,07 % des cotisations employeur / 37,93 % salarié.
Tranche C : jusqu'à 16 % déterminée par accord au sein de l'entreprise,
et de 16 à 16,24 % : 33,33 % employeur / 66,67 % salarié.

■ **Taux d'appel des cotisations contractuelles** : 125 % (régimes Agirc et Arrco) répartis dans les mêmes proportions que la cotisation contractuelle, ce qui porte le taux global à 7,50 % sur Tranche 1, 20 % sur Tranche 2 et 20,30 % sur Tranches B et C.

■ **Garantie Minimale de Points (GMP)** : tout salarié relevant du régime Agirc doit obtenir au moins 120 points par an.

Une cotisation forfaitaire est donc appelée sur son salaire pour lui permettre d'obtenir ce nombre de points.

■ **Contribution Exceptionnelle et Temporaire (CET)** au régime Agirc : 0,35 % du salaire, du premier euro jusqu'à 8 plafonds de la Sécurité sociale. La répartition de cette cotisation est la suivante : 0,22 % employeur et 0,13 % salarié.

AUTRES COTISATIONS OBLIGATOIRES, GÉRÉES PAR DÉLÉGATION

■ **Association pour la Gestion du Fonds de Financement (AGFF)** : les cotisations sont appelées par délégation par les régimes Agirc et Arrco et sont reversées à cet organisme. Le taux est de 2 % sur la Tranche 1 et 2,20 % sur les Tranches 2 et B des salaires. La répartition de cette cotisation est la suivante :

T1 : 1,20 % employeur et 0,80 % salarié

T2 et TB : 1,30 % employeur et 0,90 % salarié

■ **Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC)** : la cotisation est appelée par délégation par le régime Agirc pour les participants articles 4 et 4 bis et est reversée à cet organisme. Cette cotisation dont le taux est de 0,06 % est assise sur la totalité des rémunérations, du premier euro et dans la limite d'une somme égale à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale (plafond de la tranche B).

La répartition de cette cotisation est la suivante : 0,036 % employeur et 0,024 % salarié.

ÉTAT DU PERSONNEL EN ACTIVITÉ – à retourner impérativement accompagné de la demande d'adhésion : 1-HCR.015/12

Ardisson Conseils
Klésia 1750
Siren : 423 162 247
N°Orias : B 07 002 391
23-25 Bd Général Vautrin
06400 Cannes
contact@ardissonconseils.com
Fax : 04.92.18.99.21

Nom marital / Nom patronymique	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Date d'entrée dans l'entreprise	Cat. Prof (1)	Salaire annuel brut
■						
■						
■						
■						
■						

LISTE DES SALARIÉS EN ARRÊT DE TRAVAIL OU EN INVALIDITÉ À LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Nom marital / Nom patronymique	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Date d'entrée dans l'entreprise	Cat. Prof (1)	Date d'arrêt de travail	Date d'effet de l'invalidité
■							
■							

(1) Catégorie professionnelle : C = Cadres ; NC = Non cadres

Si ces salariés sont indemnisés par un organisme assureur, merci de nous communiquer ses coordonnées :

Raison sociale

Adresse

Les informations recueillies sont nécessaires au Groupe Mornay pour traiter l'adhésion au contrat de prévoyance HCR. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vos salariés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent. S'ils souhaitent exercer ce droit et obtenir communication des informations les concernant, ils peuvent écrire au Groupe Mornay - Centre de Renseignements Prévoyance - 5 à 9 rue Van Gogh - 75591 Paris cedex 12. Leurs coordonnées pourront être transmises aux entités et filiales du Groupe Mornay.

Cachet et signature de l'Entreprise