

# BULLETIN D'ADHÉSION

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL DES ENTREPRISES RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE (IDCC 493) - ACCORD DU 9 OCTOBRE 2020

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DUMENT 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 : \_\_\_\_\_

## 1. INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise **SAS FRANÇOIS PARENT** Sigle \_\_\_\_\_  
Forme juridique **SAS** Adresse du siège social **1 PLACE DE L'EUROPE**  
Code postal **21630** Ville **POMMARD**  
Tél **0380226185** E-mail **contact@af-gros.com**  
Numéro de Siren **420425969** Date de création **01/09/1998**  
Code NAF (ex-APE) **4634Z** NIC du siège social \_\_\_\_\_  
Activité principale **NEGOCE DE VINS** CCN appliquée **VINS CIDRES JUS DE FRUIT SPIRITUEUX ...**  
Adresse de correspondance (si différente du siège social) **12 rue PIETTE JOIGNEAUX 21200 BEAUNE**  
Code postal **21200** Ville **BEAUNE** Tél **03 80 22 61 85**  
Identité du dirigeant : Nom / Prénom **PARENT MATHIAS** Statut :  Salarié  Non salarié  
E-mail du dirigeant **contact@af-gros.com**  
**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** **CABINET ANDRÉ**  
Adresse **18 rue Buffon**  
Code postal **21200** Ville **BEAUNE**  
Tél **0380 16 23 00** E-mail \_\_\_\_\_  
J'accepte de recevoir des informations commerciales  par courrier  par SMS  par téléphone

## 2. ADHÉSION AU RÉGIME OBLIGATOIRE CONVENTIONNEL DE BASE

Je soussigné(e) **PARENT MATHIAS** agissant en qualité de **PDG**  
ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare adhérer auprès de KLESIA Prévoyance au contrat collectif de prévoyance de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE assuré par KLESIA Prévoyance et OCIRP en faveur de la totalité du personnel appartenant à la (ou les) catégorie(s) choisie(s) ci-dessous.  
 cadres<sup>2</sup> à effet du **01/01/2025**  non cadres<sup>3</sup> à effet du \_\_\_\_\_  
et en vertu  d'un accord collectif  d'un référendum  d'une décision unilatérale (DUE)

COTISATIONS RÉGIME OBLIGATOIRE CONVENTIONNEL DE BASE : 1,15 % du salaire tranche 1 et 1,49 % du salaire tranche 2 (limitée à 4 PASS)

## 3. ADHÉSION AU RÉGIME OPTIONNEL SURCOMPLÉMENTAIRE

Je souhaite adhérer auprès de KLESIA Prévoyance au régime optionnel surcomplémentaire de prévoyance de la CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE KLESIA Prévoyance et OCIRP auprès de KLESIA Prévoyance en faveur de la totalité du personnel appartenant à la (ou les) catégorie(s) choisie(s) ci-dessous :  
 cadres<sup>2</sup> à effet du **01/01/2025**  non cadres<sup>3</sup> à effet du \_\_\_\_\_  
et en vertu  d'un accord collectif  d'un référendum  d'une décision unilatérale (DUE)

COTISATIONS RÉGIME OPTIONNEL : + 0,42 % du salaire tranche 1 et + 0,36 % du salaire tranche 2 (limitée à 4 PASS)

FAIT A **Beaune** LE **23/12/2024**

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 optionnel, 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 demande 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), permettant de calculer la reprise de passif correspondante.

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. Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947.
3. Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947.

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 aux entités de KLESIA (AMK), ainsi qu'à ses éventuels assureurs, prestataires, délégués de gestion et partenaires commerciaux. Vos données sont collectées, dans le cadre de notre relation contractuelle, à des fins de gestion administrative de votre dossier, et à des fins d'information sur les offres, produits et services de KLESIA (AMK), et de ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe. 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. Vos données personnelles seront conservées tout au long de la durée de la relation contractuelle et conformément aux durées de prescription légales. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement et le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 9310B Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. 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. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. KLESIA (AMK) prend les mesures conformes à l'état de l'art afin, d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur. En cas de désaccord concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, nous vous invitons à contacter nos services afin d'exposer vos demandes ou griefs à l'adresse suivante : KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 9310B Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

**SAS FRANÇOIS PARENT**  
**« MAISON PARENT-GROS »**  
1 Place de l'Europe - 21630 Pommard  
Tél. 03.80.22.61.85  
SIRET 420 425 969 00029  
T.V.A. FR 14 420 425 969

## Votre situation :

RAISON SOCIALE de l'entreprise : SAS FRANCOIS PARENT Sigle : \_\_\_\_\_  
Convention collective : VINS ET SPIRITUEUX Tél. Entreprise : 03 80 22 51 85  
Forme juridique : SAS SIREN : 420425969  
Adresse du siège social : 1 Place de L'EUROPE  
Code postal : 21630 Ville : POMMARD Date de création : 01 09 1998  
Activité principale : NEGOCE DE VINS Code NAF/APE : 4634Z  
Nom - Adresse de votre expert-comptable : CABINET ANDRE 18 rue BUFFON  
Code postal : 21200 Ville : POUILLEY  
Je soussigné(e) : PARENT MATHIAS agissant en qualité de PDG ayant pouvoir d'engager l'entreprise<sup>1</sup>, déclare que l'entreprise susvisée formule ses besoins et exigences en termes de couverture « Prévoyance ».

1. Seul le représentant légal de l'entreprise ou une personne dûment mandatée par ce dernier est habilité à engager l'entreprise.

## Catégorie de personnel à assurer

Cadres<sup>1</sup>  Non-Cadres<sup>2</sup>

Effectif de la catégorie à la date de signature du présent document : 2 salariés.

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

2. Non cadres : Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

## Votre besoin :

Vous nous avez sollicité pour garantir vos salariés sur les 4 postes clés (Garanties liées au Décès, Garantie Invalidité Permanente et Définitive, Garantie Incapacité de Travail et Garantie Invalidité Permanente) sur une échelle de 0 à 3.

Cette échelle de valeur se décline de la manière suivante :

Niveau 0 : ~~Ne souhaite pas être couvert pour cette garantie ;~~

Niveau 1 : ~~Besoin faible ;~~

Niveau 2 : ~~Besoin moyen ;~~

Niveau 3 : besoin fort.

### Évaluation de votre besoin

	1	2	3
<b>Garanties liées au décès</b>			
Capital décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Allocation frais d'obsèques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rente éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rente conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Garantie Invalidité permanente et définitive</b>			
Invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Garantie Incapacité de travail</b>			
Indemnités Journalières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Garantie Invalidité permanente</b>			
Invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Notre conseil :

Au vu des besoins et des exigences que vous avez exprimés, nous vous avons recommandé la formule \_\_ du contrat « Prévoyance » de la CCN des VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE.

Ce contrat que nous vous proposons constitue une solution adaptée à votre situation et cohérente avec vos attentes en matière de couverture « Prévoyance », dans la mesure où le contrat complémentaire « Prévoyance » de base respecte à minima vos obligations légales et conventionnelles.

Nous attirons votre attention sur le fait que le conseil qui vous a été délivré ne vaut que pour l'adhésion au contrat « Prévoyance » de la CCN des VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE.

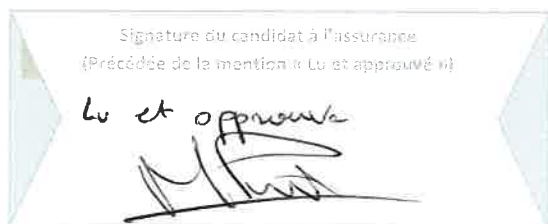
## Votre déclaration :

Nous attirons votre attention sur le fait que l'absence, l'insuffisance ou l'inexactitude des réponses fournies aux questions posées, a pour conséquence de rendre inadapté le conseil qui vous a été délivré.

Je déclare :

- Avoir bien pris connaissance du conseil délivré, au regard de l'expression de mes besoins et exigences de couverture « Prévoyance », et je déclare suivre ce conseil.
- Avoir bien pris connaissance du conseil délivré, au regard de l'expression de mes besoins et exigences de couverture « Prévoyance ». Cependant, je ne souhaite pas suivre ce conseil et je désire expressément adhérer à un autre contrat.
- Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion :
  - ✓ l'IPID (document d'information sur le produit d'assurance),
  - ✓ et avoir eu le choix du mode de transmission de ces documents soit par papier, soit par support durable (exemple : par mail. Et si support durable, j'accepte l'utilisation de ce dernier).

Fait en deux exemplaires : Beaune Date : 23/12/2024



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 sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK) ainsi qu'à ses éventuels prestataires et partenaires commerciaux. Les données, à l'exclusion du NIR, sont collectées, pour la réalisation de votre devis en ligne, 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](mailto: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. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l'adresse suivante : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

# ÉTAT DU PERSONNEL

## CCN DES VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE

à retourner dûment complété avec le bulletin d'adhésion à  
KLESIA Prévoyance - 1-13 rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex

Siret 42042596900029  
Raison sociale SAS FRANÇOIS PARENT  
Adresse 1 PLACE DE L'EUROPE  
Code postal 21630 Ville POMMARD

### PERSONNEL DE L'ENTREPRISE (INFORMATIONS INDISPENSABLES POUR L'AFFILIATION DES SALARIÉS)

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE ET CLÉ (MENTION OBLIGATOIRE)	NOM MARITAL ET NOM PATRONYMIQUE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ENTRÉE
	<u>PARENT</u>	<u>CAROLINE</u>	<u>19/7/1977</u>	<u>1/1/2015</u>
SALAIRE MENSUEL BRUT	<u>7274</u>	CATÉGORIE <sup>1</sup>	<u>CADRE</u>	<u>C</u>
	<u>ROBERT-PÉTHINE</u>	<u>CORINNE</u>	<u>11/1/1969</u>	<u>2/1/2019</u>
SALAIRE MENSUEL BRUT	<u>4681</u>	CATÉGORIE <sup>1</sup>	<u>CADRE</u>	<u>C</u>
SALAIRE MENSUEL BRUT		CATÉGORIE <sup>1</sup>		
SALAIRE MENSUEL BRUT		CATÉGORIE <sup>1</sup>		
SALAIRE MENSUEL BRUT		CATÉGORIE <sup>1</sup>		

Précisez le nom des personnes en arrêt de travail

Date d'arrêt de travail

Date d'effet de l'invalidité

Je n'ai pas de salarié en arrêt de travail ou en invalidité.

#### CODIFICATION

##### 1. codes catégories

C : Cadre (personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

NC : Non cadre (personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

FAIT À

Beaune

LE

23/12/2024

#### SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

**SAS FRANÇOIS PARENT**  
**« MAISON PARENT-GROS »**  
1 Place de l'Europe - 21630 Pommard  
Tél. 03 80 22 61 85  
SIRET 420 425 969 00029  
T.V.A. FR 14 420 425 969

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 vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires commerciaux. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires de KLESIA et ses partenaires, veuillez cocher cette case . 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 - rue Denise Buisson, 93554 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. **IMPORTANT** - L'entreprise, représentée par le signataire, atteste l'exactitude de l'ensemble des renseignements figurant sur la présente demande et certifie que tous les salariés présents en arrêt de travail ou sortis de l'entreprise ont bien été indiqués ci-dessus. Elle prend l'engagement de déclarer à l'avenir tous les collaborateurs de la même catégorie qui pourront être engagés ultérieurement, et de régler l'ensemble des cotisations dues en application du régime choisi.

