

# BULLETIN D'AFFILIATION DU SALARIÉ

## AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNEL CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES FLEURISTES, VENTE ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS

KLESIA Prévoyance

Zone réservée

- Nouvelle affiliation  
 Modification

À RETOURNER DUMENT COMPLÉTÉ À :  
Centre de gestion KLESIA Prévoyance  
28039 CHARTRES CEDEX

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE<sup>1</sup> (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Raison sociale de l'entreprise :

Numéro de l'entreprise : Siren : \_\_\_\_\_ NIC : \_\_\_\_\_ (figurant sur votre certificat d'adhésion)

Catégorie de personnel :  non cadre<sup>1</sup>  cadre<sup>2</sup> Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_ Date d'affiliation : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ)

Monsieur  Madame Nom<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :

Prénom<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Code postal<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Ville<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ Mail<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

### 3. EXTENSION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ À MES BÉNÉFICIAIRES (PARTIE À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE SALARIÉ SOUHAITE CETTE EXTENSION)

Je souhaite que mes garanties Frais de santé soient étendues à mes bénéficiaires - conjoint / partenaire pacsé / concubin et/ou enfant(s).

À cet effet, je demande une :  inscription  modification  radiation, des bénéficiaires que j'indique ci-dessous.

#### IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'EXTENSION DES GARANTIES - À COMPLÉTER EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

QUALITÉ CONJOINT/PACSÉ/ CONCUBIN/ENFANT <sup>4</sup>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE

#### Télétransmission NOEMIE

La télétransmission permet un échange direct de vos décomptes entre la Sécurité sociale et KLESIA Prévoyance. Elle garantit un traitement rapide de vos décomptes et du virement de vos prestations. Vous avez la faculté de refuser ce service en nous le notifiant par écrit sur papier libre joint au présent document d'affiliation.

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d'un régime complémentaire maladie?  OUI<sup>5</sup>  NON  
Souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission NOEMIE ?  OUI  NON

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation.

Je m'engage à restituer sans délai ma carte de Tiers-payant si je venais à quitter mon employeur et à informer l'assureur de tout changement de ma situation personnelle qui pourrait modifier mon affiliation et, le cas échéant celle de mes bénéficiaires.

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU SALARIÉ**  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

**CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT  
LÉGAL OU MANDATAIRE**

- Donnée obligatoire.
- Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de retraite et prévoyance du 14 mars 1947.
- Personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de retraite et prévoyance du 14 mars 1947.
- Au delà du 4<sup>e</sup> membre de votre famille, nous vous remercions de compléter la liste sur papier libre.
- Si oui, les compléments des prestations seront effectués sur présentation des justificatifs du premier organisme assureur et dans ce cas ils ne pourront bénéficier de la télétransmission.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime 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. 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.

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale, 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris

**KLESIA**  
Prévoyance

# VOTRE INSCRIPTION ET CELLE DE VOTRE FAMILLE (SI VOUS SOUSCRIVEZ L'EXTENSION AUX BÉNÉFICIAIRES)

Vous devez compléter les rubriques suivantes :

## IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Remplissez avec soin l'ensemble des informations demandées.

## DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

Nous avons besoin des documents suivants. Il est important de vérifier que vous n'avez rien oublié pour nous permettre d'enregistrer votre affiliation sans retard et de vous apporter un service efficace.

### Documents à joindre impérativement :

- Le présent Bulletin d'Affiliation, complété, daté et signé.
- Une copie de votre Attestation Vitale datant de moins d'un an
- Un relevé d'identité bancaire du compte de l'assuré (ou compte joint) sur lequel les remboursements seront versés.

### Documents à joindre en cas d'extension de la couverture à vos bénéficiaires :

- s'il s'agit de votre conjoint / concubin / partenaire de PACS, une copie de son Attestation Vitale datant de moins d'un an.
- s'il s'agit de votre partenaire de PACS, un justificatif de domicile commun aux deux noms (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, factures de gaz, électricité, etc.)

et une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS.

- s'il s'agit de votre concubin, un justificatif de domicile commun aux deux noms (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, factures de gaz, électricité, etc.)

### Documents à joindre en cas de couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études, obligatoire pour tous les enfants âgés de plus de 16 ans ;

*pour les étudiants :*

- une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants;
- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études.

*pour les enfants en contrat d'apprentissage :*

- une copie du contrat d'apprentissage ;
- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- une attestation Vitale de l'enfant (datant de moins d'un an) au régime général de la sécurité sociale pour salariés ;
- une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un contrat collectif frais de santé au titre de son activité salariée.

L'assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

## IMPORTANT

Joignez impérativement à votre bulletin d'affiliation toutes les pièces demandées.