

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION KLESIA PRO SANTÉ

à retourner dûment complété à votre centre de gestion :
KLESIA Mut' - BP 419 - 07504 Guilhaud-Granges Cedex

KLESIA S.A.

Zone réservée

N° Entreprise : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Code apporteur : _____

Code int. : _____

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

☐ Monsieur ☐ Madame Nom d'usage : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° Sécurité sociale : _____ Clé : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ E-Mail : _____

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e)

SITUATION PROFESSIONNELLE

RAISON SOCIALE de l'entreprise : _____ Sigle : _____

Forme juridique : _____ N° Siret : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession exacte : _____ Code NAF/APE : _____

Nom - Adresse de votre expert-comptable : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. professionnel : _____

Période d'exercice comptable (JJ/MM) : _____ / _____

ADHÉSION

☐ Je souhaite adhérer au contrat KLESIA PRO SANTÉ

À partir du _____

Sous réserve de l'acceptation de l'Assureur

Âge limite d'adhésion : avant 75 ans

PÉRIODICITÉ ET MODE DE PAIEMENT

Je souhaite que la périodicité des prélèvements automatiques soit :

☐ mensuelle ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle

Je choisis de payer mes cotisations par :

☐ prélèvement automatique ☐ chèque

Joindre un mandat de prélèvement SEPA et un relevé d'identité bancaire.

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION

KLESIA PRO SANTÉ

CHOIX DE LA GARANTIE

Garantie retenue : ☐ niveau 1 ☐ niveau 2 ☐ niveau 3 ☐ niveau 4 ☐ niveau 5 ☐ niveau 6 ☐ niveau 7

Cotisation annuelle* : _____ €

* Hors cotisation à l'Association KLESIA TNS (3 €/par an).
Cotisation non due si vous êtes déjà adhérent à cette association.

LISTE DES BÉNÉFICIAIRES

	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ	RÉGIME OBLIGATOIRE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ (EX : GÉNÉRAL, MSA, MGEN...)
Adhérent				
Conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^e enfant				
3 ^e enfant				
4 ^e enfant				
5 ^e enfant				

Je demande à adhérer à l'AKTNS et simultanément au contrat collectif à adhésion facultative KLESIA PRO SANTÉ souscrit par l'AKTNS auprès de KLESIA S.A. - J'ai bien noté que les présentes garanties ne prendront effet qu'après acceptation de KLESIA S.A. constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion. Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat KLESIA PRO SANTÉ, celle du contrat d'assistance garanti par IMA ASSURANCES et les statuts de l'AKTNS. Je déclare également avoir pris connaissance des garanties et des tarifs proposées. Je peux renoncer à mon adhésion dans les 14 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion qui me sera adressé. Dans ce cas, toute cotisation éventuellement prélevée sera remboursée, sous réserve que je n'ai bénéficié d'aucune prestation KLESIA PRO SANTÉ.

PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de votre attestation vitale et celle de vos bénéficiaires, le cas échéant.
- Mandat de prélèvement SEPA et relevés d'identités bancaires.
- Photocopie de la carte d'identité recto/verso du signataire, en cours de validité.
- Extrait Kbis de moins de 3 mois.
- Attestation de paiement de cotisations aux régimes obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

VOTRE CENTRE DE GESTION :

KLESIA Mut' - BP 419 - 07504 Guilhaing-Granges Cedex
• T 09 80 98 01 11 (coût d'un appel local)
• F 04 75 80 20 70
• klesiamutuelle@klesia.fr
• www.klesiamutuelle.com

FAIT _____ LE _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT, PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à la KLESIA Mut' 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, 93 108 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.