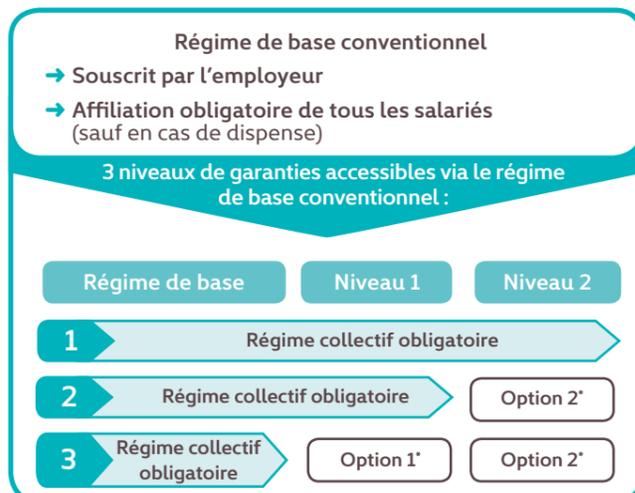


Vous pouvez compléter le régime collectif obligatoire par des garanties supplémentaires.



* Niveaux de garanties 1 et 2 accessibles au salarié, à titre facultatif.

Ci-dessous les taux de cotisation des Niveaux 1 et 2 à titre facultatif.

Les cotisations du régime à titre facultatif sont en complément du régime obligatoire mis en place par l'entreprise et sont entièrement à la charge du salarié. Elles sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Si votre entreprise a souscrit au régime de base collectif à adhésion obligatoire uniquement	Régime rattaché	Niveau 1 (facultatif) OU Niveau 2 (facultatif)	
		ISOLÉ ¹ (salarié seul)	FAMILLE ¹ (salarié + conjoint ² + enfants à charge ³)
	Régime général et Régime Alsace Moselle	+ 0,40 %	+ 0,91 %
		+ 1,04 %	+ 2,42 %

Si votre entreprise a souscrit au régime de base collectif ET au niveau 1 à adhésion obligatoire	Régime rattaché	Niveau 2 (facultatif)	
		ISOLÉ ¹ (salarié seul)	FAMILLE ¹ (salarié + conjoint ² + enfants à charge ³)
	Régime général et Régime Alsace Moselle	+ 0,58 %	+ 1,37 %

- Les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.
- Sont également considérés comme conjoints, les partenaires de PACS et concubins
- Tels que définis dans l'accord

RÈGLES DE PASSAGE D'UN NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT À TITRE FACULTATIF À UN AUTRE

Changement pour un niveau supérieur

Le passage à un niveau supérieur est possible à tout moment. La prise d'effet de cette demande sera le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation ou la date mentionnée sur le bulletin individuel d'affiliation si celle-ci est postérieure à la date de réception du document.

Changement pour un niveau inférieur

Le passage à un niveau inférieur est effectif le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Institution avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle. Exceptionnellement et selon les cas définis dans la Notice d'Information, la prise d'effet de cette demande pourra être le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation ou la date mentionnée sur le bulletin individuel d'affiliation si celle-ci est postérieure à la date de réception du document.

BULLETIN D'AFFILIATION

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ CCN DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DUMENT COMPLÉTÉ À :
KLESIA PRÉVOYANCE-ENTREPRISE 3-5
CS 30027 - 93108 MONTREUIL CEDEX

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Raison sociale de l'entreprise _____

Numéro de l'entreprise (figurant sur votre certificat d'adhésion) _____ SIREN _____ NIC _____

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise _____ Date d'affiliation _____

Statut du salarié Non cadre¹ Cadre²

Le salarié doit s'acquitter des cotisations selon sa situation familiale réelle, détail au dos du document.

CHOIX DE COUVERTURE RETENUE PAR LE SALARIÉ *

Cotisation Isolé Famille

Niveaux de garanties Régime de base Niveau 1 Niveau 2

Date d'affiliation ou de modification _____

* Le choix ne peut être inférieur au régime obligatoire souscrit par l'entreprise. Si le salarié choisit une option supérieure au régime souscrit par l'entreprise, alors la part de cotisation afférente est intégralement à sa charge.

IDENTIFICATION DU SALARIÉ (À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ)

Monsieur Madame _____ Nom _____

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° de Sécurité sociale _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

Adresse personnelle _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Mobile _____

E-mail _____

À compléter uniquement si vous cotisez en Famille.

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES (à compléter en caractères d'imprimerie)

Qualité conjoint / pacsé / concubin / enfant à charge	Nom et Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Bénéficie-t-il déjà d'une complémentaire santé ? ⁴
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du régime. 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 ayants droit.

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.

FAIT À _____ LE _____

1. Salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. 2. Salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. 3. Cette information figure sur l'attestation Vitale de la personne assurée. 4. Dans cette situation, les compléments de prestations seront effectués sur présentation des justificatifs du premier organisme assureur. En présence d'une précédente complémentaire santé, pensez à clôturer la télétransmission avec celle-ci si vous souhaitez bénéficier de la télétransmission avec KLESIA Prévoyance.

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

SIGNATURE DU SALARIÉ (PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »)

CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

VOTRE AFFILIATION ET CELLE DE VOTRE FAMILLE

CCN DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

QUI BÉNÉFICIE DU RÉGIME ?

Dans le cadre du régime conventionnel :

- vous, salarié ;
- les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont définis de la manière suivante :
 - le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
 - le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
 - la personne vivant en concubinage avec le salarié. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,
 - les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du salarié les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
- être âgés de moins de 21 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale

- du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.

Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

QUELLES SONT LES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT ?

Un relevé d'identité bancaire du salarié (ou compte joint).
Une copie de l'attestation vitale du salarié et de ses ayants droit (datée de moins d'un an).

→ Partenaire de PACS

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

→ Concubin

Une attestation sur l'honneur et un justificatif de domicile commun aux deux noms (titre de propriété, quittance de loyer, avis d'imposition, facture de gaz et d'électricité...).

→ Enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- une copie du certificat d'apprentissage ;
- une copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi ;
- une copie de la carte d'invalidité civil.

Selon la situation de l'ayant droit, KLESIA Prévoyance se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

Garanties Frais de santé

en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Les remboursements sont exprimés sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, hormis pour la garantie Optique.

NATURE DES ACTES	RÉGIME de base	NIVEAU 1 (y compris régime de base)	NIVEAU 2 (y compris régime de base)
Hospitalisation*			
Frais de séjour Établissement conventionné ou non	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens adhérents au DPTM**	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens non adhérents au DPTM**	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds pratiqués dans un cabinet de ville ou centre de santé)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	45 € / jour	60 € / jour	90 € / jour
Lit accompagnant (enfant hospitalisé de moins de 16 ans)	30 € / jour	40 € / jour	60 € / jour
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins courants*			
Consultation/visites médecins ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	200 % BR	400 % BR
(1) : complément pour les médecins adhérents DPTM**	+30 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR
Pharmacie*			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire*			
Soins dentaires (hors inlays/onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires /inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Implants refusés par la Sécurité sociale (forfait annuel)	150 €	300 €	500 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Optique*			
A - Verres dits simples avec monture***	170 €	270 €	470 €
B - Verres dits complexes avec monture***	230 €	440 €	750 €
C - Verres dits très complexes avec monture***	290 €	520 €	850 €
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale / an	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux / an)	230 €	280 €	500 €
Autres*			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses auditives (par oreille) remboursées par la SS	100 % BR	250 €	500 €
Forfait maternité/adoption (par enfant)	150 €	200 €	300 €
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	-	Forfait de 150 € / an	Forfait de 400 € / an
Pharmacie prescrite non remboursée	-	Forfait de 75 € / an	Forfait de 200 € / an
Assistance		Inclus	

FR : Frais Réels.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés).

* Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables - prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale.

** DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant le CAS (Contrat d'Accès aux Soins), l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

*** L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf évolution de la vision médicalement constatée et hors enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans.

La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.

« Verres simples » : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« Verres complexes » : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

« Verres très complexes » : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.