

BULLETIN D’AFFILIATION

FRAIS DE SANTÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA-HOSPITALIERS

ADHÉSION OBLIGATOIRE ET FACULTATIVE

À compléter obligatoirement par les deux parties et à retourner par l’assuré à :
KLESIA Prévoyance - 1 à 13 rue Denise Buisson
93554 MONTREUIL CEDEX

KLESIA Prévoyance

Nouvelle affiliation

Modification

1. IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L’ENTREPRISE)

RAISON SOCIALE de l’entreprise : _____

SIREN : _____ NIC : _____

0 1 2 0

Date d’entrée du salarié dans l’entreprise : _____

Date d’affiliation : _____

Votre employeur a souscrit à la Formule VITAMINE à titre OBLIGATOIRE → OUI (si OUI, le point 4. ne vous concerne pas) NON

2. IDENTIFICATION DU SALARIÉ (À RENSEIGNER PAR L’ASSURÉ)

Civilité : Madame Monsieur

Situation de famille : Marié(e) Pacs Concubin Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire

NOM : _____ Prénom : _____ NOM usuel / marital : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ N° Sécurité sociale : _____

Affiliation au régime : Régime GÉNÉRAL Régime ALSACE-MOSELLE

Organisme de rattachement Sécurité sociale¹ : _____

3. IDENTIFICATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DU SALARIÉ

QUALITÉ CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN / ENFANT ²	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	NOEMIE OUI / 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
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d’un régime complémentaire maladie ? OUI³ NON

4. AFFILIATION À L’OPTION À ADHÉSION FACULTATIVE CHOISIE PAR LE SALARIÉ

À ne remplir que si votre officine a souscrit ce régime (voir point 1.)

Je souhaite compléter ma couverture conventionnelle avec un contrat optionnel facultatif et je note que mes bénéficiaires seront strictement les mêmes que ceux déjà couverts au titre du contrat de base ADN (tarifs au verso au présent bulletin d’affiliation).

Je souhaite étendre mes garanties aux membres de ma famille.

Pour le prélèvement de vos cotisations, remettez une copie du présent document à votre employeur.

J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document qui serviront de base à l’affiliation. Je m’engage à signaler toute modification et à restituer les cartes de tiers payant qui m’auront été remises le cas échéant.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et tarifs proposés par KLESIA Prévoyance.

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE DE L’ASSURÉ (PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »)

CACHET DE L’ENTREPRISE
ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU MANDATAIRE

1. Cette information figure sur l’attestation vitale de la personne concernée.

2. Au delà du 4^e membre de votre famille, nous vous remercions de compléter la liste sur papier libre.

3. Cette information figure sur l’attestation vitale de la personne concernée.

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 - rue Denise Buisson - 93554 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

INFORMATIONS PRATIQUES

AFFILIATION AUX CONTRATS OBLIGATOIRES

Vous avez le devoir de vous affilier.

Votre cotisation est calculée par votre employeur et elle est prise en compte sur votre feuille de paie.

AFFILIATION AU CONTRAT FACULTATIF

Vous avez choisi de vous affilier à l'option. Votre cotisation sera calculée par votre employeur et sera prélevée directement sur votre feuille de paie. Votre employeur reversera ces cotisations à KLESIA prévoyance.

LES COTISATIONS¹ AU RÉGIME À ADHÉSION FACULTATIVE

OPTION SURCOMPLÉMENTAIRE VITAMINE	SALARIÉ	CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN	ENFANT ²
Régime Général	0,60 % PMSS ³	0,66 % PMSS ³	0,33 % PMSS ³
Régime Alsace-Moselle	0,56 % PMSS ³	0,58 % PMSS ³	0,32 % PMSS ³

MODIFICATIONS DU NIVEAU DE GARANTIE (CONTRAT FACULTATIF UNIQUEMENT)

Vous devez remplir un nouveau bulletin d'affiliation en cochant la case « modification » en précisant l'option choisie. Les modalités de changement de niveau sont indiquées dans la notice d'information de votre contrat frais de santé.

NB : si votre entreprise a adhéré au contrat à titre obligatoire, vous ne pouvez pas souscrire d'option complémentaire.

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 adhésion sans retard et de vous apporter un service efficace.

- Le présent bulletin d'affiliation, complété, daté et signé.
- Une copie de votre attestation vitale datant de moins d'1 an sur laquelle figure tous vos bénéficiaires (conjoint / concubin / partenaire de PACS / et enfants).
- Une copie de la carte d'Invalide civil, le cas échéant.
- Un relevé d'identité bancaire du compte de l'assuré (ou compte joint) sur lequel les remboursements seront versés.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS :

- 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 et un justificatif de domicile commun aux deux noms.

Pour les concubins :

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

Pour la 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 ceux en contrat d'apprentissage, alternance, contrat de professionnalisation ou inscription au CNED :

- 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'1 an,
- 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.

• pour ceux en contrat insertion professionnelle :

- une copie du contrat d'insertion,
- une attestation vitale de l'enfant datant de moins d'1 an,
- 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.

• pour ceux inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi :

- une attestation vitale de l'enfant datant de moins d'1 an,
- une copie de la carte d'invalidité de l'enfant handicapé.

À QUI ADRESSER VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION ET LES PIÈCES QUI L'ACCOMPAGNENT ?

- Fournir une copie du présent bulletin d'affiliation à votre employeur.
- Adressez nous votre bulletin d'affiliation et les pièces qui l'accompagnent à :
KLESIA prévoyance - 1 à 13 rue Denise Buisson - 93554 MONTREUILCEDEX

1. Cotisations en complément du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise et sont entièrement à la charge du salarié. Tarif valable pour le Régime Général et le Régime Local Alsace-Moselle.

2. Gratuité à partir du 3^e enfant.

3. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.