

# BULLETIN D'AFFILIATION

## FRAIS DE SOINS DE SANTÉ DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

### ADHÉSION OBLIGATOIRE ET FACULTATIVE

À retourner impérativement dûment complété à :  
KLESIA Prévoyance - Entreprise 3-5 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex

**CONFORME**  
CCN PHARMACIE D'OFFICINE

# KLESIA Prévoyance

Zone réservée

N° SIREN :

N° Entreprise :

Code apporteur :

Nouvelle affiliation\*

Modification\*\*

\* Première affiliation, nouvelle embauche...

\*\* Exemples : ajout ayant droit, changement de niveau...

## 1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

RAISON SOCIALE de l'entreprise

N° Siren \_\_\_\_\_ NIC \_\_\_\_\_

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'affiliation \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_

Catégorie de personnel du salarié concerné :  Cadre et assimilé cadre<sup>1</sup>

Non cadre<sup>2</sup> (à préciser impérativement)

Vous avez souscrit au régime surcomplémentaire à adhésion obligatoire :

Oui (si oui, le point 4. ne concerne pas votre salarié)

Non

Vous avez souscrit au régime surcomplémentaire à adhésion facultative :

Oui (si oui, le point 4. concerne votre salarié)

Non

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

Civilité  Madame  Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Nom usuel / marital \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Organisme de rattachement Sécurité sociale<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

## 3. IDENTIFICATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DU SALARIÉ

QUALITÉ Conjoint / pacsé / concubin / enfant <sup>4</sup>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	NOEMIE <sup>5</sup> 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 ?  Oui<sup>6</sup>  Non

## 4. AFFILIATION À LA SURCOMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION FACULTATIVE CHOISIE PAR LE SALARIÉ

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

Je souhaite compléter mes garanties avec un contrat surcomplémentaire facultatif et je note que mes bénéficiaires seront strictement les mêmes que ceux déjà couverts au titre du contrat de base PHARMA (tarifs joints au présent bulletin d'affiliation) :

Je choisis l'option  Pharma 2+  ou  Pharma 3+

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.

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

- Personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.
- Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.
- Cette information figure sur l'attestation vitale de la personne concernée.
- Au delà du 4<sup>e</sup> membre de votre famille, nous vous remercions de compléter la liste sur papier libre.
- 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.
- Si oui, les compléments de 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

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

# INFORMATIONS PRATIQUES

## 1. AFFILIATION AUX CONTRATS OBLIGATOIRES (VOUS AVEZ LE DEVOIR DE VOUS AFFILIER)

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

## 2. AFFILIATION AUX CONTRATS FACULTATIFS (VOUS CHOISISSEZ L'OPTION DE VOTRE CHOIX)

Vous avez choisi de vous affilier à une 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 cotisations<sup>1</sup> aux régimes à adhésion facultative

Adhésion facultative CADRE			OU	Adhésion facultative NON CADRE		
Surcomplémentaire	Adulte	Enfant		Surcomplémentaire	Adulte	Enfant
Pharma 2+	0,32 % PASS	0,13 % PASS		Pharma 2+	0,49 % PASS	0,26 % PASS
Pharma 3+	0,43 % PASS	0,18 % PASS		Pharma 3+	0,76 % PASS	0,40 % PASS

## 3. MODIFICATION 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 soins de santé.

**N.B. : Si votre officine a adhéré au contrat à titre obligatoire, vous ne pouvez pas souscrire d'option complémentaire.**

## 4. 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.

- 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.

Pour le conjoint, selon le cas :

- pour la couverture du conjoint lié par un PACS :
  - une copie de l'attestation d'enregistrement au service d'état civil de la mairie du Participant 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 les conjoints, conjoints liés par un PACS et concubins :
  - une attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité rémunérée à fournir annuellement,
  - une attestation vitale de moins d'un an.

Pour les enfants, selon le cas :

- pour les enfants de moins de 18 ans à charge au sens fiscal n'exerçant aucune activité professionnelle rémunérée :
  - l'attestation vitale du parent sur laquelle il figure de moins d'un an.
- pour les enfants à charge de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou de justifier de la poursuite d'étude :
  - l'attestation vitale au régime de Sécurité sociale des étudiants,
  - un certificat de scolarité,
  - si l'enfant n'est pas affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants :
    - une attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité rémunérée à fournir annuellement,
    - sa propre attestation vitale de moins d'un an.
- pour les enfants à charge de moins de 20 ans souffrant d'infirmité ou de maladie chronique les empêchant d'exercer une activité professionnelle rémunérée :
  - l'attestation vitale de l'enfant ou du parent sur laquelle l'enfant figure de moins d'un an,
  - une attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité rémunérée à fournir annuellement.
- sans limite d'âge pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la Sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance :
  - la carte d'invalidité,
  - l'attestation vitale de l'enfant ou du parent sur laquelle l'enfant figure de moins d'un an.
- Pour les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre :
  - une attestation vitale de moins d'un an.

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

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

1 - Fournir une copie du présent bulletin d'affiliation à votre employeur.

2 - Adressez nous votre Bulletin d'Affiliation et les pièces qui l'accompagnent à KLESIA Prévoyance-Entreprise 3-5 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex.

<sup>1</sup> Cotisations en complément du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise et sont entièrement à la charge du salarié.

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale. À titre indicatif le montant du PASS en 2018 est de 39 732 €.