

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION KLESIA TNS PRÉVOYANCE

à retourner à KLESIA Mut'
BP 419 - 07504 Guilhaierand-Granges Cedex

KLESIA Mut'

Zone réservée

Nom : _____

Prénom : _____

Code int. : _____

Code apporteur : _____

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) union libre

Nombre d'enfants à charge :

PROFESSION

J'exerce l'activité déclarée ci-dessous depuis au moins deux ans consécutifs : oui non

Profession exacte _____ NAF/APE

Votre classe professionnelle : CP1 CP2 CP3 Revenus annuels (imposition N-1) €

Dans le cadre de votre profession, voyagez-vous à l'étranger ? : oui non

Si oui, dans quel(s) pays et quelle fréquence annuelle ? _____

Nom - Adresse de votre expert-comptable _____

Code postal Ville _____ Tél.

À REMPLIR SI VOUS ÊTES CRÉATEUR D'ENTREPRISE

Je suis créateur d'entreprise : oui non *Cochez obligatoirement la case correspondante*

Date d'inscription au Registre du Commerce ou des Métiers

création d'entreprise changement de statut autre

Nom de l'entreprise _____

Adresse _____

Code postal Ville _____ N° Siren

Forme juridique : entreprise individuelle EURL SARL autre _____

ADHÉSION

Je souhaite adhérer au contrat KLESIA TNS Prévoyance

À partir du sous réserve de l'acceptation de l'Assureur

Âge limite d'adhésion : moins de 65 ans

PÉRIODICITÉ ET MODE DE PAIEMENT

Je souhaite que la périodicité de mes cotisations 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)

RENTE ÉDUCATION - ENFANT(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	MONTANT DE LA GARANTIE
1 ^{er} enfant		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2 ^e enfant		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3 ^e enfant		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4 ^e enfant		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

GARANTIE DEMANDÉES	MONTANT DES GARANTIES CHOISIES	VOTRE COTISATION ANNUELLE
Garanties décès ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) <input type="checkbox"/> en rente (loi Madelin) ou <input type="checkbox"/> en capital (hors loi Madelin) <input type="checkbox"/> option : majoration en cas d'accident	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Garantie arrêt de travail Indemnités journalières (ij) avec une franchise de (en jours) : <input type="checkbox"/> 15/3/3 <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 90/90/90	_____ €	_____ €
Rente d'invalidité	_____ €	_____ €
Garanties supplémentaires <input type="checkbox"/> rente éducation X nombre de rentes _____ = montant total rente éducation	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> rente conjoint	_____ €	_____ €

Soit un total en euros _____ €

Remise créateur de -5 %¹ _____ €

Cotisation annuelle à l'AKTNS
 (sauf si vous êtes déjà adhérent) + _____ 3, 0 0 €

Soit, la 1^{ère} année, un total de _____ €

 Si vous bénéficiez de la Remise Créateur, ce total est valable uniquement pour la 1^{ère} année d'adhésion

Désignation de(s) bénéficiaire(s) du capital décès

À défaut de désignation particulière de votre part, le capital est payé à votre conjoint auquel vous êtes lié par un mariage ou par un PACS, à défaut à vos enfants (vivants ou représentés) par parts égales, à défaut à vos héritiers. Si vous souhaitez désigner d'autre(s) bénéficiaire(s), reportez vous à la notice d'information et joignez le document « bulletin de désignation des bénéficiaires ».

Je demande à adhérer à l'AKTNS, et simultanément au contrat collectif à adhésion facultative KLESIA TNS Prévoyance souscrit par l'AKTNS auprès de KLESIA Mut'. Je donne mandat à l'AKTNS ayant son siège social 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci. Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat KLESIA TNS Prévoyance.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à [INDIQUER LE RESPONSABLE DE TRAITEMENT] 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 : info.cnil@klesia.fr

PIÈCES À JOINDRE

- Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité du signataire.
- Extrait Kbis de moins de 3 mois.
- Mandat de prélèvement SEPA et relevé d'identité bancaire pour vos prélèvements.
- Questionnaire de santé dans l'enveloppe « confidentiel » scellée.
- Attestation de paiement de cotisations aux régimes obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

FAIT À _____ LE _____

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

1. Vous bénéficiez de la Remise Créateur de 5 % si vous êtes créateur d'entreprise et que l'adhésion aux garanties ci-dessus est effectuée dans les 12 mois suivants la création de votre entreprise. Dans ce cas, complétez impérativement le cadre « Créateur d'entreprise » de la présente demande d'adhésion et retournez un extrait Kbis de l'entreprise de moins de trois mois. Cette remise est valable pour la 1^{ère} année d'adhésion. Cette minoration tarifaire ne pourra pas s'appliquer en cas de conditions d'acceptation particulières.

Votre centre de gestion : KLESIA Mut'

- KLESIA Mut', BP 419 - 07504 Guilhaingard-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