

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION KLESIA PRO SANTÉ PHARMA

à retourner dûment complété à votre centre de gestion :

KLESIA Mut'
BP 419 - 07504 GUILHERAND 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

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 PHARMA

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 de mes cotisations soit :

☐ mensuelle ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle

Je choisis de payer mes cotisations par :

(sous réserve de l'acceptation de l'Assureur)

☐ prélèvement automatique ☐ chèque

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

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION

KLESIA PRO SANTÉ PHARMA

CHOIX DE LA GARANTIE

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

Cotisation annuelle : _____ €

Cotisation annuelle à l'AKTNS* + 3 0 0 €

*sauf si vous êtes déjà adhérent
à l'Association KLESIA TNS

Soit un total en euros _____ €

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 PHARMA 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 SA constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat KLESIA PRO SANTÉ PHARMA, 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 proposés.

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 PHARMA.

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 GUILHERAND 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, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à KLESIA S.A. en sa qualité de responsable du traitement. Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier, de prospection commerciale à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de lutte contre la fraude. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires commerciaux. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires de KLESIA et ses partenaires, veuillez cocher cette case ☐. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes 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

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association KLESIA TNS, ci-après désignée AKTNS, Association régie par la Loi du 1^{er} Juillet 1901 - Siège social : 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS, auprès de **KLESIA S.A.**, entreprise régie par le code des assurances, R.C.S PARIS 340.483.684 - Siège Social : 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS et pour le contrat d'assistance, auprès d'**IMA ASSURANCES**, société anonyme régie par le code des assurances, R.C.S NIORT 481.511.632 - Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9.

