

BULLETIN D'AFFILIATION

FRAIS DE SOINS DE SANTÉ DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

CONTRAT OBLIGATOIRE ET FACULTATIF

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

KLESIA Prévoyance

Zone réservée

Raison Sociale Apporteur : _____

Adresse Apporteur : _____

Code apporteur : _____

CONFORME
CCN PHARMACIE D'OFFICINE

Je m'affilie pour la 1^{ère} fois
IAFS

Je souscris à la surcomplémentaire
IAFPHE

Je modifie mon contrat - Merci de préciser le motif : _____

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 cadre¹

Non cadre² (à préciser impérativement)

Vous avez souscrit au régime surcomplémentaire à adhésion obligatoire :

Oui (si oui, le point 4. ne concerne pas 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 sociale³ _____

3. IDENTIFICATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DU SALARIÉ

QUALITÉ Conjoint / pacsé / concubin / enfant ⁴	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE ⁵

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d'un régime complémentaire maladie ? Oui⁶ Non

4. ADHÉSION À LA SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE CHOISIE PAR LE SALARIÉ

Je souhaite renforcer mes garanties de base avec un contrat surcomplémentaire facultatif (tarifs présents au verso du présent bulletin d'affiliation) et je note que mes bénéficiaires seront strictement identiques à ceux couverts au titre du contrat de base PHARMA. La cotisation est entièrement à ma charge et est prélevée mensuellement d'avance sur votre compte bancaire.

Je choisis Renfort 1 **ou** Renfort 2 **ou** Renfort 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.

- 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^e 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.
- * Les 2 mois offerts de cotisations s'appliquent pour toute nouvelle adhésion au contrat surcomplémentaire facultatif santé sur l'un des 3 renforts. Ces dispositions ne sont pas valables en cas de changement d'option et pour tout ajout de bénéficiaires au contrat en cours.

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

2 MOIS OFFERTS*

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

Votre entreprise a souscrit aux contrats obligatoires, vous devez remplir ce bulletin d'affiliation en cochant la case «Affiliation aux contrats obligatoires». Votre cotisation est calculée par votre employeur et elle est prise en compte dans votre feuille de paie.

Attention : Si votre officine a adhéré au contrat surcomplémentaire obligatoire, vous ne pouvez pas souscrire de renfort supplémentaire.

2. ADHÉSION AU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Si vous souhaitez renforcer vos garanties de base, vous devez remplir ce bulletin d'affiliation en cochant la case «Adhésion à la surcomplémentaire». Cette cotisation, en complément de celle de votre contrat obligatoire, est entièrement à votre charge et est prélevée mensuellement d'avance sur votre compte bancaire.

Les cotisations aux régimes à adhésion facultative

Adhésion facultative		
Surcomplémentaire	Adulte	Enfant
Renfort 1	0,40 % PMSS	0,25 % PMSS
Renfort 2	0,60 % PMSS	0,35 % PMSS
Renfort 3	0,95 % PMSS	0,55 % PMSS

3. MODIFICATION DE L’AFFILIATION

Si vous souhaitez ajouter un ou plusieurs bénéficiaires ou modifier votre niveau de garantie surcomplémentaire facultatif vous devez remplir ce bulletin d'affiliation en cochant la case « Modification ».

Les modalités de changement sont indiquées dans la Notice d'Information de votre contrat Frais de soins de santé.

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).
- Le mandat SEPA complété et signé.

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.
 - une attestation vitale de moins d’un an.
- 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.).
 - une attestation vitale de moins d’un an.
- 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 de la Sécurité sociale :
 - 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 ou de justifier de la poursuite d’étude :
 - l’attestation vitale de moins d’un an,
 - 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 ?

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