

# BULLETIN D'ADHÉSION

## FRAIS DE SANTÉ - RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER

À retourner impérativement à : KLESIA Prévoyance  
Entreprise 3-5 - CS 30027 - 93108 MONTREUIL CEDEX



Zone réservée

N° SIREN : \_\_\_\_\_

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Code apporteur : \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

Raison sociale \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_

Forme juridique \_\_\_\_\_ Adresse du siège social \_\_\_\_\_

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

Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Numéro de Siret \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_ Code NAF (ex-APE) \_\_\_\_\_

Activité principale \_\_\_\_\_ CCN appliquée \_\_\_\_\_ N° IDCC \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance \_\_\_\_\_

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

Tél \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Effectif Cadres<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Effectif Non Cadres<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE** : nom du précédent exploitant \_\_\_\_\_

Nature juridique de la reprise \_\_\_\_\_ Ancien N° Siret \_\_\_\_\_

#### ADHÉSION AU(X) CONTRAT(S) COLLECTIF(S) OBLIGATOIRE(S)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), demande à souscrire auprès de KLESIA Prévoyance au(x) contrat(s) suivant(s) en faveur de la totalité du personnel appartenant à la (ou les) catégorie(s) choisie(s) ci-dessous, à effet du \_\_\_\_\_ et en vertu :  d'un accord d'entreprise  d'un référendum du personnel  d'une décision unilatérale de l'employeur

TARIFS MENSUELS EN VIGUEUR À COMPTER DU 1 <sup>er</sup> JANVIER 2018 (EN % DU PMSS <sup>(3)</sup> )				Pour chaque collègue à assurer, je choisis :		
	Par adulte <sup>(4)</sup>		Par enfant <sup>(5)</sup>		Cadres <sup>(1)</sup>	Non Cadres <sup>(2)</sup>
<input checked="" type="checkbox"/> Contrat de base	Taux contractuel 1,29 % Taux d'appel 1,24 %		Taux contractuel 0,71 % Taux d'appel 0,68 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pour compléter le contrat de base, je souhaite également adhérer au contrat surcomplémentaire optionnel à adhésion obligatoire (je choisis pour la totalité du collègue à assurer mon option dans le tableau ci-dessous) :						
+ Option 1 - Sécurité	+ 0,24 %		+ 0,07 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Option 2 - Confort	+ 0,43 %		+ 0,10 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Option 3 - Sérénité	+ 0,77 %		+ 0,21 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Option 4 - Bien-être	+ 1,45 %		+ 0,43 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La cotisation doit correspondre à la situation réelle de famille du salarié.

#### ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Pour compléter le contrat de base et le contrat optionnel obligatoire lorsqu'il est souscrit, je souhaite également adhérer à un contrat surcomplémentaire optionnel au titre d'un contrat collectif facultatif pour les collèges suivants :  Cadres<sup>1</sup>  Non Cadres<sup>2</sup>.

Les garanties prennent effet à compter du \_\_\_\_\_

Chaque salarié est ainsi libre de s'affilier au contrat surcomplémentaire optionnel facultatif et d'améliorer ses remboursements.

L'ensemble des membres de la famille a le même niveau de garanties (contrat de base + option surcomplémentaire choisie).

La cotisation de l'option facultative (se référer au bulletin Individuel d'Affiliation) sera prélevée sur le compte bancaire du salarié.

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales du contrat de base et des contrats surcomplémentaires optionnels lorsqu'ils sont souscrits, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de KLESIA Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet.

Pièces à joindre :

- Extrait Kbis de moins de 3 mois.
- Un justificatif d'identité du représentant local.
- Si le signataire du bulletin d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant le pouvoir d'engager l'entreprise ainsi que son justificatif d'identité.

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

CACHET DE L'ENTREPRISE et signature de son représentant légal

1. Salariés relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
2. Salariés ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
3. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
4. Cotisation par adulte : salarié ou conjoint.
5. Cotisation par enfant : gratuité de la cotisation à compter du 3<sup>e</sup> enfant.

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, 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 - 93554 MONTREUIL CEDEX, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

# Tableau des garanties Frais de santé

(en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018)

CCN DE L'IMMOBILIER

Le montant des remboursements s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

**RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : **CAS** (contrat d'accès aux soins), **OPTAM** (option pratique tarifaire maîtrisée) et **OPTAM-CO** (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

**1.** Base de remboursement : dans le secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

**2.** Prise en charge limitée au forfait en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement. Le régime Alsace Moselle assure le remboursement de cette prestation.

**3.** La chambre particulière n'est pas prise en charge dans le cadre d'un accouchement.

**4.** En cas d'hospitalisation d'un assuré de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans.

**5.** Forfait maximum versé pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période d'un an.

**6.** Verres simples : verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, ou verres multifocaux ou progressifs / verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries, ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

**7.** Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, le ticket modérateur continuera d'être pris en charge par le contrat.

**8.** La cigarette électronique et ses recharges ne sont pas prises en charge.

LES REMBOURSEMENTS SONT EN COMPLÉMENT DE LA COUVERTURE DE BASE

NATURE DES SOINS	COUVERTURE DE BASE (RSS INCLUS)	LES REMBOURSEMENTS SONT EN COMPLÉMENT DE LA COUVERTURE DE BASE			
		OPTION 1 SÉCURITÉ	OPTION 2 CONFORT	OPTION 3 SÉRÉNITÉ	OPTION 4 BIEN ÊTRE
<b>HOSPITALISATION</b>					
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques médicaux, d'obstétrique) <sup>1</sup>					
- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR	+ 100 % BR
Franchise de 18 euros (appliquée aux actes d'un montant supérieur ou égal à 120 €)	Prise en charge	-	-	-	-
Frais de séjour <sup>1</sup>	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
Forfait journalier hospitalier <sup>2</sup>	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
Chambre particulière hors ambulatoire (par jour et par bénéficiaire) <sup>3</sup>	35 €	+ 5 €	+ 15 €	+ 45 €	+ 100 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour et par bénéficiaire) <sup>3</sup>	35 €	-	+ 10 €	+ 15 €	+ 25 €
Lit d'accompagnement <sup>4</sup> (par jour et par bénéficiaire)	35 €	+ 15 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 30 €
Frais de transport	100 % BR	-	-	-	-
Maternité/Adoption					
- Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Forfait global de 10 % PMSS	+ 2 % PMSS	+ 5 % PMSS	+ 10 % PMSS	+ 10 % PMSS
- Dépassement d'honoraires et chambre particulière					
Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro (par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €	150 €	200 €
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultations et visites de médecins généralistes					
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 150 % BR
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes					
- Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 300 % BR
- Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Petite chirurgie, actes de spécialistes					
- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 300 % BR
- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Radiographie, électroradiologie					
- Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 150 % BR
- Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	-	-	-	-
Analyses médicales	100 % BR	-	-	-	-
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (honoraires, traitement, hébergement) (par an et par bénéficiaire)	RSS	-	+ 100 €	+ 185 €	+ 270 €
Prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 200 % BR
Orthopédie - Appareillage (hors petit appareillage) - Prothèses autres que dentaires	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 200 % BR
<b>PHARMACIE</b>					
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-	-
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-	-
Médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	-	-	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	5 % PMSS
<b>OPTIQUE</b>					
Deux verres simples <sup>5-6</sup>	300 €	+ 20 €		+ 20 €	
Un verre simple et un verre complexe <sup>5-6</sup>	375 €	+ 42,50 €		+ 75 €	
Un verre simple et un verre très complexe <sup>5-6</sup>	400 €	+ 42,50 €		+ 110 €	
Deux verres complexes <sup>5-6</sup>	450 €	+ 65 €		+ 130 €	
Un verre complexe et un verre très complexe <sup>5-6</sup>	475 €	+ 65 €		+ 165 €	
Deux verres très complexes <sup>5-6</sup>	500 €	+ 65 €		+ 200 €	
Monture <sup>5</sup>	150 €	-	-	-	-
Lentilles remboursées <sup>7</sup> ou non remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	320 €	-	-	-	-
Kératotomie (forfait par an et par bénéficiaire)	1 000 €	-	-	-	-
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	-	-	-	-
Inlays et Onlays remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	-	+ 125 % BR	+ 275 % BR	+ 375 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et inlays cores	200 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Traitements orthodontiques remboursés par la Sécurité sociale	250 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Traitements orthodontiques non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	-	-	200 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	80 €	140 €	200 €
Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	-	+ 8 % PMSS	+ 12 % PMSS	+ 20 % PMSS
<b>MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION</b>					
Homéopathie, nutritionniste, acupuncture, étiopathie, ostéopathie, chiropractie (par an et par bénéficiaire)	Forfait global de 100 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 60 €
Sevrage tabagique <sup>8</sup> (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	4 % PMSS