

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

FRAIS DE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER

À retourner impérativement à :
GESCOPIM Prévoyance - Centre de gestion santé - CCN Immobilier
CS 70211 - 44472 CARQUEFOU CEDEX



Zone réservée

Nouvelle affiliation Modification

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ (à compléter en caractères d'imprimerie)

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ - CONTRAT OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Monsieur Madame Nom : _____
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ N° de Sécurité sociale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél domicile : _____ Tél portable : _____
Adresse mail : _____

IDENTIFICATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE SOUS LEQUEL SONT EFFECTUÉS LES REMBOURSEMENTS	BÉNÉFICIE-T-IL DÉJÀ D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?
CONJOINT(E) ¹ <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e)				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ENFANTS ¹				<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

J'autorise le transfert d'information entre la Sécurité sociale et GESCOPIM PRÉVOYANCE - Centre de Gestion santé afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer à GESCOPIM PRÉVOYANCE - Centre de Gestion santé les décomptes originaux adressés par votre caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser la télétransmission, vous devez le notifier par écrit ci-après en inscrivant la mention « Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission » :

OPTION SUPPLÉMENTAIRE FACULTATIVE CHOISIE PAR LE SALARIÉ

En fonction du niveau de garanties obligatoires mis en place dans l'entreprise et lorsque l'employeur a également adhéré au contrat surcomplémentaire optionnel facultatif, vous pouvez vous affilier à une option facultative supérieure, selon votre choix. L'option choisie s'appliquera à l'ensemble de vos ayants droit couverts au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire. Les cotisations seront prélevées sur votre compte bancaire (joindre le mandat SEPA dûment complété).

Je souhaite compléter mes garanties collectives obligatoires par une option surcomplémentaire facultative. Je choisis l'option (voir schéma ci-après) :

Option 1 Sécurité Option 2 Confort Option 3 Sérénité Option 4 Bien être Date d'effet souhaitée : _____

L'option choisie ne peut être inférieure à celle mise en place à titre obligatoire par l'entreprise.

Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus, qui serviront de base d'affiliation, et m'engage à en signaler toute modification. Les pièces justificatives à joindre à la présente demande d'affiliation sont précisées sur l'annexe jointe à ce document.

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE DU SALARIÉ

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE (à compléter en caractères d'imprimerie)

RAISON SOCIALE de l'entreprise : _____
N° entreprise : _____ N° Siret : _____
Statut du salarié Cadre³ Non cadre⁴ Date d'embauche du salarié : _____
Date d'effet des garanties obligatoires : _____ À compléter uniquement si la date d'effet des garanties est différente de la date d'embauche, notamment si le salarié a fait valoir ses droits préalablement pour une dispense d'affiliation.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document

FAIT À _____ LE _____

CACHET DE L'ENTREPRISE (obligatoire) et signature de son représentant légal

1. Ayants droit (conjoint, partenaire de PACS ou concubin et enfants) a charge et non à charge au sens de la Sécurité sociale tels que définis dans les conditions générales.
2. Dans cette situation, les compléments de prestations seront effectués sur présentation des justificatifs du premier organisme assureur.
3. Personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
4. Personnel ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Tableau des garanties Frais de santé

(en vigueur au 1^{er} avril 2016)

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.

S.S. : Sécurité sociale.

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^{er} 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.

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
HOSPITALISATION					
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques médicaux, d'obstétrique) ¹					
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	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 ¹	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
Forfait journalier hospitalier ²	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
Chambre particulière (par jour et par bénéficiaire) ³	35 €	+ 5 €	+ 10 €	+ 15 €	+ 100 €
Chambre particulière lors d'une hospitalisation de jour (ambulatoire / par jour) ³	-	-	25 €	40 €	55 €
Lit d'accompagnement ⁴ (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 €
SOINS COURANTS					
Consultations et visites de médecins généralistes					
- Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 150 % BR
- Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes					
- Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 300 % BR
- Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Petite chirurgie, actes de spécialistes					
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 300 % BR
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Radiographie, électroradiologie					
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 150 % BR
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)	100 % BR	+ 5 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	-	-	-	-
Analyses médicales	100 % BR	-	-	-	-
Cures thermales remboursées par la S.S. (honoraires, traitement, hébergement) (par an et par bénéficiaire)	RSS	-	+ 100 €	+ 185 €	+ 270 €
Prothèse auditive remboursée par la S.S.	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
PHARMACIE					
Médicaments pris en charge par la S.S.	100 % BR	-	-	-	-
Petit appareillage pris en charge par la S.S.	100 % BR	-	-	-	-
Médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par la S.S. (par an et par bénéficiaire)	-	-	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	5 % PMSS
OPTIQUE					
Deux verres simples ⁵⁻⁶	300 €	+ 20 €	-	+ 20 €	-
Un verre simple et un verre complexe ⁵⁻⁶	375 €	+ 42,50 €	-	+ 75 €	-
Un verre simple et un verre très complexe ⁵⁻⁶	400 €	+ 42,50 €	-	+ 110 €	-
Deux verres complexes ⁵⁻⁶	450 €	+ 65 €	-	+ 130 €	-
Un verre complexe et un verre très complexe ⁵⁻⁶	475 €	+ 65 €	-	+ 165 €	-
Deux verres très complexes ⁵⁻⁶	500 €	+ 65 €	-	+ 200 €	-
Monture ⁵	150 €	-	-	-	-
Lentilles remboursées ⁷ ou non remboursées par la S.S. (forfait par an et par bénéficiaire)	320 €	-	-	-	-
Kératotomie (forfait par an et par bénéficiaire)	1 000 €	-	-	-	-
DENTAIRE					
Soins dentaires remboursés par la S.S.	125 % BR	-	-	-	-
Inlays et Onlays remboursés par la S.S.	125 % BR	-	+ 125 % BR	+ 275 % BR	+ 375 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la S.S. et inlays cores	200 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S.	-	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Traitements orthodontiques remboursés par la S.S.	250 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Traitements orthodontiques non remboursés par la S.S.	-	-	-	-	200 % BR
Parodontologie non remboursée par la S.S. (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	80 €	140 €	200 €
Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	-	+ 8 % PMSS	+ 12 % PMSS	+ 20 % PMSS
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION					
Homéopathie, nutritionniste, acupuncture, étioopathie, ostéopathie, chiropractie (par an et par bénéficiaire)	Forfait global de 100 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 60 €
Sevrage tabagique ⁸ (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	4 % PMSS
Actes de prévention responsables définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006		Prise en charge au titre du poste dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur			

QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR POUR ÊTRE AFFILIÉ ?

Pour bénéficier des garanties Frais de Santé mises en place par votre entreprise, **vous devez adresser votre dossier complet** : bulletin d'affiliation dûment complété et signé par vous - même (cadre « partie à compléter par le salarié ») et votre entreprise (cadre « partie à compléter

par l'entreprise ») + pièces justificatives mentionnées ci-dessous, à :
GESCOPIM PRÉVOYANCE – CENTRE DE GESTION SANTÉ
CCN IMMOBILIER – CS 70211
44472 CARQUEFOU CEDEX.

QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR PAR LA SUITE ?

N'oubliez pas de signaler tout changement relatif à votre situation familiale (mariage, naissance, divorce,...) et/ou administrative (déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, de coordonnées bancaires,...) à GESCOPIM PRÉVOYANCE.

Vous devez compléter à nouveau l'imprimé en cochant Modification

et l'envoyer à **GESCOPIM PRÉVOYANCE (adresse ci-dessus)** en y joignant les justificatifs correspondants.

Cet imprimé doit obligatoirement être visé par votre employeur en cas de modification de votre situation familiale car cela entraîne une modification du montant de la cotisation prélevée sur votre bulletin de salaire.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

- Vous, salarié.
- Votre conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin).
- Vos enfants à charge remplissant au moins une des conditions suivantes :
 - être considérés comme à charge au sens de de la Sécurité sociale ;
 - être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
 - être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;

- être âgés de moins de 28 ans et en contrat d'apprentissage sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de frais de santé au titre de leur activité salariée ;
- être âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge du Participant, du conjoint ou du concubin ;
- être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civil.

QUELLES SONT LES PIÈCES À JOINDRE POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

- Un relevé d'identité bancaire du salarié (ou compte joint).
- Une copie de l'attestation vitale du salarié (datée de moins d'un an).

Conjoint

- Une copie de son attestation vitale (datée de moins d'un an).

Partenaire de PACS

- Une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du salarié ou un extrait de naissance sur lequel figure la mention du PACS.
- Une copie de son attestation vitale (datée de moins d'un an).

Concubin

- Une attestation sur l'honneur et un justificatif de domicile commun

(titre de propriété, quittance de loyer, avis d'imposition, facture de gaz et d'électricité...).

- Une copie de son attestation vitale (datée de moins d'un an).

Enfant(s), selon le cas :

- une copie de son attestation vitale (datée de moins d'un an), notamment celle délivrée par le régime étudiant le cas échéant ;
- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- une copie du certificat d'apprentissage ;
- une copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi ;
- une copie de la carte d'invalidité civil.

VOTRE CARTE DE TIERS PAYANT

Votre carte de tiers payant sera adressée directement à votre domicile, sous réserve que votre dossier soit complet.

Elle vous permet d'éviter l'avance du ticket modérateur, dans les conditions prévues au contrat, notamment pour les frais de pharmacie, de radiologie, d'analyses médicales.

À réception, nous vous invitons à vérifier les informations qu'elle contient. Si vous constatez une anomalie (erreur de numéro de Sécurité sociale, nom d'un bénéficiaire...), veuillez la retourner à GESCOPIM Prévoyance en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.

ESPACE CLIENT INTERNET

Avec votre carte de tiers payant, vous recevrez vos codes d'accès (identifiant et mot de passe) à votre espace sécurisé. Vous pourrez ainsi consulter en temps réel vos remboursements et informations

personnelles, et avoir accès à des services complémentaires (prises en charge hospitalière 24h/24, localisation des professionnels de santé...).

COMMENT CONTACTER UN CONSEILLER ?

Site internet : www.immosanteprevoyance.fr (espace personnel sécurisé...)

Adresse : GESCOPIM PRÉVOYANCE – CENTRE DE GESTION SANTÉ – CCN IMMOBILIER – CS 70211 – 44472 CARQUEFOU CEDEX

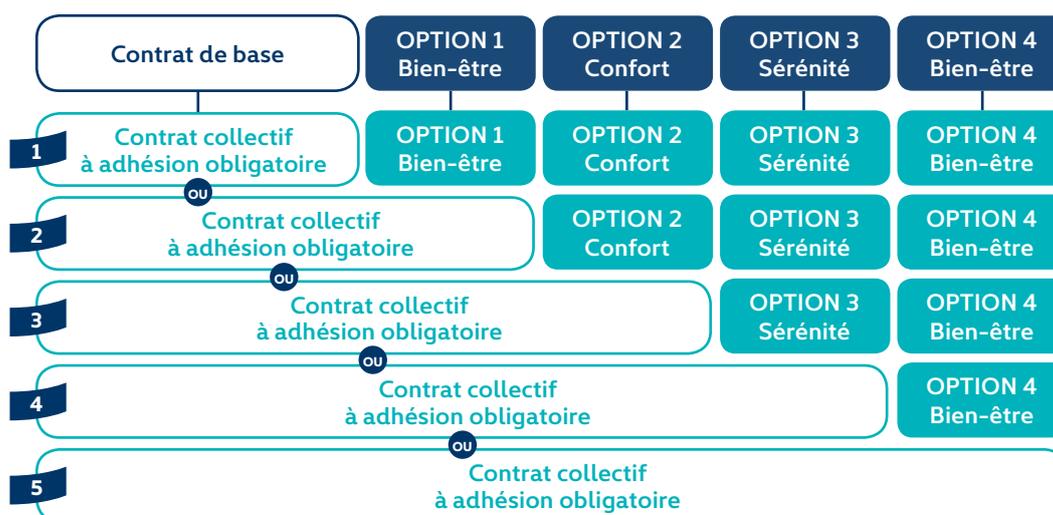
E-mail : gescopimsante@plansante.com - **Téléphone** : n° Azur 0820 204 307 (prix d'un appel 0,09 €/min. + prix de l'appel) - **Fax** : 02 28 22 09 30

Accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

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 Prévoyance 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 – rue Denise Buisson, 93554 Montreuil Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

VOTRE EMPLOYEUR A SOUSCRIT LE CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF PERMETTANT DE RENFORCER LES GARANTIES COLLECTIVES OBLIGATOIRES.
 Vous pouvez opter pour des garanties complémentaires en fonction de votre besoin et de votre budget.

5 NIVEAUX DE GARANTIES
 accessibles via le contrat de base



COTISATIONS POUR LES OPTIONS FACULTATIVES (en vigueur à compter du 01/07/2016)

Les cotisations du contrat facultatif sont en complément du(des) contrat(s) obligatoire(s) mis en place par l'entreprise et sont entièrement à la charge du salarié. Elles sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale et sont directement prélevées sur le compte bancaire du salarié.

COTISATIONS MENSUELLES EN COMPLÉMENT DU(DES) COTISATION(S) DU(DES) CONTRAT(S) OBLIGATOIRE(S) MIS EN PLACE DANS L'ENTREPRISE			
Contrat(s) obligatoire(s) mis en place dans l'entreprise	Option facultative au choix du salarié	Par adulte (salarié ou conjoint)	Par enfant *
Contrat de base	Option 1 - Sécurité	+ 0,28 %	+ 0,08 %
	Option 2 - Confort	+ 0,51 %	+ 0,11 %
	Option 3 - Sérénité	+ 0,92 %	+ 0,25 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,74 %	+ 0,51 %
Contrat de base + option 1 - Sécurité	Option 2 - Confort	+ 0,24 %	+ 0,04 %
	Option 3 - Sérénité	+ 0,68 %	+ 0,19 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,55 %	+ 0,46 %
Contrat de base + option 2 - Confort	Option 3 - Sérénité	+ 0,45 %	+ 0,15 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,35 %	+ 0,43 %
Contrat de base + option 3 - Sérénité	Option 4 - Bien être	+ 0,93 %	+ 0,29 %

* gratuité à compter du 3^e enfant

LES RÈGLES DE PASSAGE D'UN NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT À TITRE FACULTATIF À UN AUTRE

Changement pour un niveau supérieur

Le passage à un niveau supérieur est possible à tout moment. La prise d'effet de cette demande sera le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation ou la date mentionnée sur le bulletin individuel d'affiliation si celle-ci est postérieure à la date de réception du document.

Changement pour un niveau inférieur

Le passage à un niveau inférieur est effectif le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'institution avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle. Exceptionnellement et selon les cas définis dans la Notice d'information, la prise d'effet de cette demande pourra être le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation ou la date mentionnée sur le bulletin individuel d'affiliation si celle-ci est postérieure à la date de réception du document.