BULLETIN D'AFFILIATION KLESIA PRÉVOYANCE

à retourner à :
Centre de gestion KLESIA Prévoyance
28039 Chartres Cedex

KLESIA Prévoyance

CACHET DE L'EMPLOYEUR

À RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : _____
Siren / Siret : _____
Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : _____ Date d'affiliation du salarié à la garantie frais médicaux : 0 1 _____ 2 0 _____

SALARIÉ À ASSURER À TITRE OBLIGATOIRE (À RENSEIGNER PAR LE SALARIÉ)

Civilité : Monsieur Madame Statut du salarié : Cadre Non Cadre
Situation de famille : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire
Nom : _____ Prénom : _____
Nom usuel / marital : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Mail : _____ Téléphone : _____
N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____
Organisme de rattachement Sécurité sociale : _____

AUTRE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES – À compléter en majuscules

QUALITÉ CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN / ENFANT	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME DE RATTACHEMENT ¹

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d'un régime complémentaire maladie ? OUI NON
Souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission NOÉMIE ? OUI NON

J'ai pris bonne note que le reflet des décomptes Sécurité sociale sera directement adressé par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie à KLESIA Prévoyance par télétransmission selon la procédure « NOÉMIE ». J'ai également noté que je vais bénéficier, ainsi que mes ayants-droit, du système tiers-payant. D'autre part, en indiquant mon adresse mail, j'opte pour la réception par mail des bordereaux de remboursements effectués par KLESIA Prévoyance.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle vous garantit, pour les données vous concernant, un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression auprès de l'Institution - Service Satisfaction Clients (SSC) - 5 à 9 rue Van Gogh - 75591 PARIS CEDEX 12. Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées au(x) délégué(s) retenu(s) par KLESIA Prévoyance, au(x) réassureur(s), ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat dont vous bénéficiez.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation.

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

CACHET DE L'ENTREPRISE

PIÈCES À JOINDRE

Les prestations seront réglées par virement sur compte bancaire. À cet effet, merci de joindre :

- un relevé d'identité bancaire (RIB) de l'assuré (ou compte joint),
- la photocopie de votre attestation Vitale et, éventuellement, celle de votre conjoint, pacsé ou concubin et de vos enfants,
- pour les personnes liées par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), une copie de l'attestation d'inscription au registre du tribunal d'instance du domicile de l'assuré ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile,
- pour les concubins, un justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, factures de gaz, électricité, etc),
- un justificatif des droits de l'enfant (certificat de scolarité, carte d'invalidité, attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale pour les étudiants, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation. Dans les deux derniers cas, fournir une attestation sur l'honneur de non bénéfice d'un contrat collectif santé souscrit par l'employeur).

1. Cette information figure sur l'attestation vitale de la personne concernée.