

# BULLETIN D'ADHÉSION

## AU RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES FLEURISTES, VENTE ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT DÛMENT COMPLÉTÉ À :  
KLESIA PRÉVOYANCE - ENTREPRISE 3-5 - BAE FLEURISTES -  
CS 30027 - 93108 MONTREUIL CEDEX

KLESIA Prévoyance

Zone réservée

N° SIREN : \_\_\_\_\_

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

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

### INFORMATIONS RELATIVES À L'ENTREPRISE

Entreprise (Raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse du siège social : \_\_\_\_\_

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

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Numéro de Siret \_\_\_\_\_ NIC : \_\_\_\_\_

Code NAF2 (ex APE) : \_\_\_\_\_ Code IDCC (à confirmer par l'entreprise) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
ayant pouvoir d'engager l'entreprise (représentant légal de l'entreprise ou personne dûment mandatée), déclare adhérer au régime conventionnel obligatoire Frais de santé de la CCN DES FLEURISTES, VENTE ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS auprès de KLESIA Prévoyance en faveur de la totalité du personnel, à effet du \_\_\_\_\_, aux conditions suivantes :

Cadres\*<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Non Cadres\*<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

Je note et j'informe mes salariés qu'ils ont la possibilité d'affilier à titre facultatif leurs membres de la famille, les cotisations correspondantes seront entièrement à leur charge.

\* L'Accord du 3 juillet 2012 s'applique à l'ensemble du personnel. Toutefois, si un contrat est déjà en place dans l'entreprise pour un des collègues auprès d'un autre assureur, il appartient à cette dernière de le justifier.

1. Personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de retraite et prévoyance du 14 mars 1947.

2. Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de retraite et prévoyance du 14 mars 1947.

TARIFS MENSUELS		RÉGIME CONVENTIONNEL	
		RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME ALSACE MOSELLE
Salarié seul Montant des cotisations mensuelles (50 % employeur / 50 % salarié)	Frais de santé obligatoire	20 €	14,60 €
Extension famille Montant des cotisations mensuelles (100 % salarié)	Extension facultative conjoint <sup>3**</sup>	23 €	16,70 €
	Extension facultative par enfant <sup>4**</sup>	11 €	8 €

\*\* La cotisation est à la charge exclusive du salarié. Elle est néanmoins versée par l'entreprise à KLESIA Prévoyance par déduction sur le bulletin de paie.

3. Conjoint, concubin, partenaire pacsé.

4. Cotisation gratuite à partir du 3<sup>e</sup> enfant.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du contrat d'assurance collective du régime Frais de santé conventionnel obligatoire de la CCN des Fleuristes, Vente et Services des animaux familiers. La présente adhésion prend effet après acceptation de KLESIA Prévoyance, constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet. La Notice d'information sera mise à disposition sur votre espace client et devra être remise à chaque salarié concerné.

PIÈCES À JOINDRE

• Un extrait de Kbis de moins de 3 mois.

• Justificatif d'identité du représentant légal.

• Si le signataire du bulletin d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant pouvoir d'engager l'entreprise ainsi qu'un justificatif d'identité du signataire du bulletin d'adhésion.

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK), ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Vos données sont collectées, dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion administrative de votre dossier, et à des fins d'information sur les offres, produits et services de KLESIA (AMK), et de ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe. Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance. Vos données personnelles seront conservées tout au long de la durée de la relation contractuelle et conformément aux durées de prescription légales. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement et le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. KLESIA (AMK) prend les mesures conformes à l'état de l'art afin, d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur. En cas de désaccord concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, nous vous invitons à contacter nos services afin d'exposer vos demandes ou griefs à l'adresse suivante : KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des informations sur leurs offres, produits et services,  oui  non  
Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des newsletters,  oui  non

KLESIA Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la sécurité sociale située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris

TYPEDOC : EANP

FLE006/18 - CRÉATION ET IMPRESSION ASSOCIATION DE MOYENS KLESIA

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

CACHET DE L'ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL  
OU MANDATAIRE

# Tableau des garanties Frais de santé

## RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

NATURE DES FRAIS	Montant des prestations
<b>Soins courants</b>	
<b>Honoraires médicaux (consultations-visites)</b>	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Honoraires médicaux spécialistes (consultations-visites)</b>	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Auxiliaires médicaux y compris sages femmes	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Analyses médicales	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Radiologie, actes d'imagerie</b>	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Echographie</b>	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Hospitalisation</b>	
<b>Honoraires chirurgicaux</b>	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Frais de séjour	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Forfait journalier	Prise en charge intégrale <sup>1</sup> incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	1 % PMSS/ Jour
Chambre particulière (hors maternité)	2 % PMSS/ Jour
<b>Transport</b>	
Frais de transport	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Pharmacie</b>	
Frais pharmaceutiques	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Optique</b> - Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition. En cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs, la périodicité est de 1 an.	
Par verre	100 € <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
Monture	150 € <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, jetables ou non <sup>2</sup>	225 € <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	200 % de la B.R. <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale à 70 %	200 % de la B.R. <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale à 100 %	200 % de la B.R. <b>en complément</b> des prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Appareillage</b>	
Orthopédie - appareillage, prothèses autres que dentaires	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale
<b>Divers</b>	
Forfait vaccins prescrits, produits dermatologiques et de podologie	100€/ an/ bénéficiaire
Autres soins et traitements (indemnités kilométriques, indemnités de déplacement)	100 % de la B.R. incluant les prestations servies par la Sécurité sociale

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

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

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

1. Soit à titre indicatif : 20 € depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et 15 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

2. Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant les prestations servies par la Sécurité sociale.