

BULLETIN D'AFFILIATION

FRAIS DE SOINS DE SANTÉ PHARMACIE D'OFFICINE

À retourner impérativement dûment complété à :
KLESIA Prévoyance - Centre de gestion KLESIA
TSA 60002 - 78457 VELIZY Cedex

KLESIA Pro

Zone réservée

Raison Sociale Apporteur : _____

Adresse Apporteur : _____

Code apporteur : _____

2 MOIS OFFERTS*

Nouvelle affiliation

Modification

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE de l'entreprise _____

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 RENFORT à adhésion obligatoire : Oui Non

CACHET DE L'ENTREPRISE

À RENSEIGNER PAR LE SALARIÉ

Civilité Madame Monsieur

Situation de famille : Marié(e) Pacs Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire

Nom _____ Prénom _____ Nom usuel / marital _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ E-mail _____

N° Sécurité sociale : _____

Date de naissance _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

Je relève du : Régime général de Sécurité sociale Régime local de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle

J'accepte de recevoir des informations commerciales : par courriel par SMS par téléphone

Affiliation des ayants droit à charge (définis au contrat - se reporter en page 3)

Conjoint à charge : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

1^{er} enfant : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

2^e enfant : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

3^e enfant⁴ : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

Mon affiliation est obligatoire. Les cotisations seront prises en compte dans ma feuille de paie. Mon employeur reverse ces cotisations à KLESIA Prévoyance, qui est l'assureur de ma complémentaire santé.

EXTENSION DE LA GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ AUX AYANTS DROIT NON À CHARGE

Je souhaite étendre la garantie frais de soins de santé à mes ayants droit non à charge, ci-après. J'ai noté qu'ils seront couverts au même niveau de garanties que moi-même.

Affiliation des ayants droit non à charge (définis au contrat - se reporter en page 3)

Conjoint non à charge : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

1^{er} enfant : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

2^e enfant : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

3^e enfant⁴ : Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ _____

Si j'étends le bénéfice de la garantie à mes ayants droit non à charge, les cotisations supplémentaires seront à ma charge et précomptées sur mon compte bancaire.

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

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

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

4. Au delà du 4^e membre de votre famille, nous vous remercions de compléter la liste sur papier libre.

* 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.

AFFILIATION AUX SURCOMPLÉMENTAIRES RENFORTS FACULTATIFS

Je souhaite compléter ma couverture avec : Renfort 1 Renfort 2 Renfort 3

J'ai noté que mes ayants droit seront couverts au même niveau de garanties que moi-même.

Si je complète ma couverture avec l'un des renforts facultatifs les cotisations supplémentaires seront à ma charge et prélevées sur mon compte bancaire.

FAIT À _____ LE _____

- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et des tarifs proposés par KLESIA Prévoyance.
- Je m'engage à régler, sur appel de cotisations, les cotisations résultant de mon adhésion au contrat surcomplémentaire facultatif et/ou à l'extension des garanties, par prélèvement mensuel sur compte bancaire et ce, dès le premier paiement. En cas de rejet des prélèvements, je m'engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet.
- J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et, en cas de cessation de l'assurance, à restituer les attestations de tiers payant qui m'auront été remises.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ
(PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »)

COTISATIONS DES GARANTIES À TITRE FACULTATIF

Extension aux ayants droit non à charge (en % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale)

	Régime Général			Régime Alsace Moselle		
	Adulte non retraité	Adulte retraité	Enfant	Adulte non retraité	Adulte retraité	Enfant
Contrat de Base RPO	1,90 %	2,93 %	1,14 %	1,33 %	2,03 %	0,79 %
Contrat de Base RPO + Régime supplémentaire « RSF/RSF+ »	2,50 %	3,42 %	1,50 %	1,93 %	2,51 %	1,15 %

Renforts facultatifs *(en % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale)

Surcomplémentaires	Adulte	Enfant
Renfort 1	0,40 %	0,25 %
Renfort 2	0,60 %	0,35 %
Renfort 3	0,95 %	0,55 %

* 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 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 au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Les données, à l'exclusion du NIR, sont collectées, pour la gestion administrative de votre dossier, et avec votre consentement, à des fins de prospection commerciale. 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. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. 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. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

INFORMATIONS PRATIQUES

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

La Convention Collective Nationale de la pharmacie d'officine prévoit deux types de bénéficiaires de la garantie frais de soins de santé :

- des ayants droit à charge,
- des ayants droit non à charge.

LES AYANTS DROIT À CHARGE SONT :

Votre conjoint(e) à charge

c'est-à-dire votre époux(se), votre partenaire de PACS ou votre concubin(e) sous réserve qu'il justifie de sa qualité d'assuré social et d'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement.

Vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint lui-même à charge :

- enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale, ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans,
- enfant de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études,
- enfant de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré,
- enfant sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Vos enfants, votre conjoint(e), ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou votre concubin(e), bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

LES AYANTS DROIT NON À CHARGE SONT :

Votre conjoint(e)

c'est-à-dire votre époux(se), votre partenaire de PACS ou votre concubin(e) **qui ne remplit pas les conditions citées ci-dessus.**

Les enfants de votre conjoint(e) lui-même non 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, sous réserve de justifier de la poursuite d'études,
- de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré,
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin(e) à charge ou non à charge, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non.

Les enfants de vos enfants eux-mêmes couverts en tant qu'ayants droit à charge ou non à charge.

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

→ Pour l'assuré

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 (uniquement en cas de souscription à la surcomplémentaire et/ou à l'extension des garanties aux ayants droit non à charge).

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT (SUITE)

→ 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 ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS.

- **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.).

- **pour les conjoints, conjoints liés par un PACS et concubins :**

- une attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité rémunérée ou ne pas percevoir de revenu de remplacement et la copie du dernier avis d'imposition de la personne à couvrir, à fournir annuellement,
- une attestation vitale de moins d'un an.

→ Pour les enfants, selon le cas

- la copie du livret de famille si l'enfant à un nom différent de l'assuré.

- **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) :**

- l'attestation vitale de moins d'un an,
- un certificat de scolarité.

- **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 :**

- la copie de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion « 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 notamment pour les adhérents à titre facultatif (par exemple une copie du livret de famille, justificatif d'inscription au pôle emploi...).