

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

## FRAIS DE SANTÉ

### CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER

A retourner impérativement à :

KLESIA PRO CCN IMMOBILIER

Centre de gestion Santé

43 rond-point de l'Europe 51430 Bezannes



KLESIA Pro

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 : \_\_\_\_\_ Code organisme Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

La saisie de votre adresse e-mail est obligatoire pour créer votre espace client KLESIA et bénéficier de ses services.

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

##### 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 <sup>2</sup> ?
CONJOINT(E) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e)			Code organisme _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ENFANTS <sup>1</sup>			Code organisme _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Code organisme _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Code organisme _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Code organisme _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

J'autorise le transfert d'information entre la Sécurité sociale et le Centre de gestion santé KLESIA Pro afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer au Centre de gestion santé KLESIA Pro 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, 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.

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_  
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.

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  Cadre<sup>3</sup>  Non cadre<sup>4</sup> Date d'embauche du salarié : \_\_\_\_\_  
Adresse mail du correspondant d'entreprise : \_\_\_\_\_

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) à 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 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et de la catégorie agréée par l'APEC. 4. Personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et de la catégorie agréée par l'APEC.



**LA PAGE CI-APRÈS EST DÉTACHABLE**

### 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.

#### 4 NIVEAUX DE GARANTIES accessibles via le contrat de base

	Contrat de base	OPTION 1 Sécurité	OPTION 2 Confort	OPTION 3 Sérénité	OPTION 4 Bien-être
1	Contrat collectif à adhésion obligatoire	Option facultative	Option facultative	Option facultative	Option facultative
2	OU Contrat collectif à adhésion obligatoire		Option facultative	Option facultative	Option facultative
3	OU Contrat collectif à adhésion obligatoire			Option facultative	Option facultative
4	OU Contrat collectif à adhésion obligatoire				Option facultative
5	OU Contrat collectif à adhésion obligatoire				

#### COTISATIONS POUR LES OPTIONS FACULTATIVES (en vigueur à compter du 01/01/2023)

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 DE LA (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	+ 0,32 %	+ 0,10 %
	Option 2 - Confort	+ 0,58 %	+ 0,13 %
	Option 3 - Sérénité	+ 1,03 %	+ 0,28 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,95 %	+ 0,58 %
Contrat de base + option 1 - Sécurité	Option 2 - Confort	+ 0,27 %	+ 0,05 %
	Option 3 - Sérénité	+ 0,77 %	+ 0,21 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,74 %	+ 0,51 %
Contrat de base + option 2 - Confort	Option 3 - Sérénité	+ 0,50 %	+ 0,17 %
	Option 4 - Bien être	+ 1,51 %	+ 0,48 %
Contrat de base + option 3 - Sérénité	Option 4 - Bien être	+ 1,05 %	+ 0,33 %

\* gratuité à compter du 3<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## 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 :

KLESIA PRO CCN IMMOBILIER

Centre de gestion Santé  
43 rond-point de l'Europe  
51430 Bezannes

## 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 KLESIA Pro.

Vous devez compléter à nouveau l'imprimé en cochant la case «  Modification » située en haut de la première page et l'envoyer à **KLESIA Pro (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 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 ;
  - 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<sup>e</sup> anniversaire de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion «invalidité».

## 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'enregistrement au service d'état civil de la mairie de votre domicile ou un extrait de naissance sur lequel figure la mention de 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 civile ou de la carte mobilité inclusion «invalidité».

## 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 KLESIA Pro 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 ?

Rendez-vous dans la rubrique « Messagerie » de votre espace assuré  
Frais de santé puis remplissez votre formulaire de contact dédié.

### Adresse :

KLESIA PRO CCN IMMOBILIER  
Centre de gestion Santé  
43 rond-point de l'Europe  
51430 Bezannes

**Téléphone** : 01 70 91 39 00

Accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.