FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

KLESIA Prévoyance

KLESIA a mis en place un dispositif dédié pour garantir une gestion efficace et transparente de votre réclamation.

Nous nous engageons à :

- **accuser réception** de votre réclamation dans un **délai maximum de dix jours ouvrables**, à compter de l'envoi de votre réclamation ;
- **répondre à votre réclamation** dans un délai maximum de **deux mois**, à compter de l'envoi de votre réclamation conformément à la règlementation en vigueur ;

Dans le cas où ce délai de deux mois ne peut être tenu, **vous tenir informé(e) du traitement de votre réclamation** et des circonstances particulières qui justifient l'allongement du délai.

La règlementation en vigueur renforce le dispositif de traitement de la réclamation en faveur du réclamant et l'invite à formaliser son mécontentement par une demande écrite.

Nous vous invitons donc à renseigner et nous renvoyer le formulaire ci-dessous.

Pour une réclamation concernant un contrat santé, nous vous invitons à vous rapprocher de votre centre de gestion.

SI VOUS ÊTES UN PARTICULIER

Votre réclamation concerne : ☐ Incapacité / Invalidité (PPLRECI) ☐ Décès / Capital décès (PPRECDC) ☐ Autre (IRC_P)

Prénom :

Nom de naissance :

Nom marital :

N° de Sécurité sociale (uniquement si vous êtes client KLESIA Prévoyance) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Raison sociale *: N° de Siren *:

... /...

* À compléter si vous bénéficiez d'un contrat d'assurance mis en place par votre employeur.

SI VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE

Merci de compléter les champs ci-dessous :

Raison sociale :

N° de Siren :

Référence client : N° de contrat :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : email :

Vous effectuez une réclamation POUR VOTRE ENTREPRISE, veuillez choisir le périmètre concerné :

☐ Adhésion / contrat (EREADH_P) ☐ Compte / cotisation (ERECPT_P) ☐ Autre (ERE_P)

Vous effectuez une réclamation POUR LE COMPTE D'UN DE VOS SALARIÉS, veuillez choisir le périmètre concerné et renseigner les champs ci-dessous :

☐ Incapacité / invalidité (EPLRECI) ☐ Décès / capital décès (EPRECDC) ☐ Autre (EIRC_P)

Nom du salarié : Prénom du salarié :

N° de Sécurité sociale du salarié (champ obligatoire) :

NOUS VOUS INVITONS À RÉDIGER VOTRE RÉCLAMATION

Veuillez nous expliquer ci-dessous sur quel sujet porte votre réclamation.

Fait à : le

000.910/26

PAPIER

Conformément à la règlementation 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 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. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et règlementaires, 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 règlementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

KLESIA Assureur d'intérêt général

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, enregistrée sous le numéro SIREN 397 498 783, dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart – 75017 Paris