

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

FRAIS DE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER

À retourner impérativement à :
Centre de gestion santé Gescopim KLESIA
43 rond-point de l'Europe 51430 Bezannes



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 ?
CONJOINT(E) ¹ <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 ¹		_____	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 Gescopim KLESIA afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer au Centre de gestion santé Gescopim KLESIA 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 et lorsque l'employeur a également adhéré au contrat surcomplémentaire optionnel facultatif, 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 Cadre³ Non cadre⁴ Date d'embauche du salarié : _____
Adresse mail du salarié : _____
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 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. 4. Personnel ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.