BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

FRAIS DE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'IMMOBILIER

À retourner impérativement à :
GESCOPIM Prévoyance - Centre de gestion santé - CCN Immobilier
CS 70211 - 44472 CARQUEFOU CEDEX

CONFORME CCN IMMOBILIER Convention Collective Nationale de l'Immobilier

KLESIA Prévoyance

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

Adresse

Code postal Ville

Tél domicile : Tél portable :

Adresse mail :

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[2] ?
CONJOINT(E)[1] ☐ conjoint(e) ☐ Partenaire PACS ☐ Concubin(e)				☐ oui ☐ non
ENFANTS[1]				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non
				☐ oui ☐ non

J'autorise le transfert d'information entre la Sécurité sociale et GESCOPIM PRÉVOYANCE – Centre de Gestion santé afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer à GESCOPIM PRÉVOYANCE – Centre de Gestion santé 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.

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.

FAIT À LE

SIGNATURE DU SALARIÉ

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE (à compléter en caractères d'imprimerie)

RAISON SOCIALE de l'entreprise

N° entreprise Nº Siret

Statut du salarié ☐ Cadre[3] ☐ Non cadre[4] Date d'embauche 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) a 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.

IMM.076/16 - CRÉATION ET IMPRESSION ASSOCIATION DE MOYENS KLESIA