

BULLETIN D'AFFILIATION

REGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTE

CCN DES ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS FABRICATION, Y COMPRIS
ENTRETIEN, RÉPARATION, DÉPANNAGE DE MATÉRIEL AÉRAULIQUE,
THERMIQUE, FRIGORIFIQUE

A retourner impérativement dûment complété à :
OFRACAR Finances – 3 rue Georges Charpak PA de la Vatine –
76136 Mont-Saint-Aignan



Zone réservée

N° SIREN :

N° Entreprise :

Code apporteur

Cadre réservé à l'employeur – Identification de l'entreprise

RAISON SOCIALE de l'entreprise : _____

Numéro de l'entreprise : _____ SIREN : _____ NIC : _____

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : ____/____/____ Date d'affiliation : ____/____/____

Salariés non cadres¹

- Régime **obligatoire** choisi : BASE + OPTION
- Régime optionnel **facultatif** choisi :
 Celsius OU Kelvin
- Structure de cotisation choisie :
 Salarié / Conjoint / Enfant OU Famille

Salariés cadres²

- Régime **obligatoire** choisi : BASE + OPTION
- Régime optionnel **facultatif** choisi :
 Celsius OU Kelvin
- Structure de cotisation choisie :
 Salarié / Conjoint / Enfant OU Famille

1. Salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947. – 2. Salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947.

1. Identification du salarié (à compléter par le salarié)

Monsieur Madame Nom : _____

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

Organisme de rattachement Sécurité sociale³ : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone domicile : _____

Mobile : _____ Mail : _____

Je relève du Régime général Régime Alsace Moselle Autre (précisez) :

3. Cette information figure sur l'attestation Vitale de la personne assurée.

2. Extension des garanties frais de santé aux ayants droit et option

- J'étends mes garanties à mes ayants droit.
- Je souhaite renforcer ma garantie avec le régime optionnel facultatif. Mes ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que moi.

Les cotisations relatives au régime obligatoire mis en place par l'entreprise seront précomptées sur le bulletin de salaire.

Si la structure de cotisation choisie est salarié / conjoint / enfant, les cotisations relatives à l'extension aux ayants droit et à l'option facultative seront exclusivement à ma charge et prélevée mensuellement sur mon compte bancaire.

Si la structure de cotisation choisie est famille, les cotisations sont précomptées sur le bulletin de salaire sauf les cotisations relatives à l'option facultative.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du régime. Je m'engage à restituer sans délai ma carte de Tiers-payant si je venais à quitter mon employeur et à informer l'assureur de tout changement de ma situation personnelle qui pourrait modifier mon affiliation et, le cas échéant celle de mes ayants droit.

FAIT A

LE

SIGNATURE DU SALARIÉ

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

CACHET DE L'ENTREPRISE

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 aux entités de KLESIA (AMK), ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégués de gestion et partenaires commerciaux. Vos données sont collectées, dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion administrative de votre dossier, et à des fins d'information sur les offres, produits et services de KLESIA (AMK), et de ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe. 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. Vos données personnelles seront conservées tout au long de la durée de la relation contractuelle et conformément aux durées de prescription légales. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement et le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à info.cnil@klesia.fr. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. 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. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. KLESIA (AMK) prend les mesures conformes à l'état de l'art afin, d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur. En cas de désaccord concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, nous vous invitons à contacter nos services afin d'exposer vos demandes ou griefs à l'adresse suivante : KLESIA - Service INFO CNIL - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des informations sur leurs offres, produits et services : Oui / Non

Je souhaite être contacté par KLESIA (AMK) et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des newsletters : Oui / Non

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale – Siège social : 4 Georges Picquart – 75017 Paris

OFRACAR FINANCES

Sarl au capital de 152 250 euros – n°ORIAS : 07 008 273 – www.orias.fr – RCS Rouen B 431 565 803 - Courtier en Assurances au sens de l'article L.520-1 b) du Code de assurances placé sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09 ; la liste des assureurs partenaires est disponible sur simple demande. Réclamation client : reclamation@ofracar.fr – Céline Borges – 0235123550 – 3 rue Georges Charpak – CS 90310 – 76136 Mont Saint Aignan Cedex.

VOTRE AFFILIATION ET CELLE DE VOTRE FAMILLE

CCN DES ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS FABRICATION, Y COMPRIS ENTRETIEN, RÉPARATION, DÉPANNAGE DE MATÉRIEL AÉRAULIQUE, THERMIQUE, FRIGORIFIQUE

Nom de l'entreprise

Nom du salarié :
Numéro de Sécurité sociale :

Prénom :

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ ÉTENDU LES GARANTIES AUX AYANTS DROIT

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'EXTENSION DES GARANTIES - À COMPLÉTER EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

QUALITÉ CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN / ENFANT À CHARGE	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORGANISME DE RATTACHEMENT ¹	RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d'un régime complémentaire maladie ? OUI NON

Télétransmission NOEMIE

La télétransmission permet un échange direct de vos décomptes entre la Sécurité sociale et KLESIA Prévoyance. Elle garantit un traitement rapide de vos décomptes et du virement de vos prestations. Vous avez la faculté de refuser ce service en nous le notifiant par écrit, sur papier libre joint au présent document d'affiliation.

Afin de faciliter votre affiliation et celle de vos ayants droit, ainsi que le règlement de vos prestations (par virement bancaire), certaines pièces sont à joindre à votre bulletin d'affiliation :

Pour votre affiliation :

- Un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN) de l'assuré (ou compte joint).
- Le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé si vous avez souscrit une option et/ou si vous avez étendu le bénéfice de la garanties à vos ayants droit.
- La photocopie de votre attestation Vitale.

Pour l'affiliation de vos ayants droit :

- L'attestation Vitale de votre conjoint, pacsé ou concubin et de vos enfants.
- Pour les personnes liées par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), une copie de l'attestation d'inscription au registre du tribunal d'instance du domicile de l'assuré ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention PACS et un justificatif de domicile commun.
- Pour les concubins, un justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, factures de gaz, électricité, etc).
- Un justificatif des droits de l'enfant (certificat de scolarité, carte d'invalidité, attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale pour les étudiants, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation. Dans les deux derniers cas, fournir une attestation sur l'honneur de non bénéfice d'un contrat collectif santé).

1. Cette information figure sur l'attestation Vitale de la personne assurée.

TARIFS

CCN DES ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS FABRICATION, Y COMPRIS
ENTRETIEN, RÉPARATION, DÉPANNAGE DE MATÉRIEL AÉRAULIQUE,
THERMIQUE, FRIGORIFIQUE

Tarifs exprimés en % du PMSS¹ Régime général

BASE + OPTION à adhésion obligatoire		Options à adhésion facultative	
	BASE + OPTION	CELSIUS	KELVIN
Salarié (obligatoire)	1,42 %	+ 0,36 %	+ 1,57 %
Conjoint ² (extension facultative)	1,62 %	+ 0,36 %	+ 1,57 %
Enfant (extension facultative)	0,91 %	+ 0,05 %	+ 0,69 %
Famille (obligatoire)	3,02 %	+ 0,51 %	+ 2,87 %

Tarifs exprimés en % du PMSS¹ Régime Alsace-Moselle

BASE + OPTION à adhésion obligatoire		Options à adhésion facultative	
	BASE + OPTION	CELSIUS	KELVIN
Salarié (obligatoire)	0,97 %	+ 0,36 %	+ 1,57 %
Conjoint ² (extension facultative)	1,11 %	+ 0,36 %	+ 1,57 %
Enfant (extension facultative)	0,58 %	+ 0,05 %	+ 0,69 %
Famille (obligatoire)	2,04 %	+ 0,51 %	+ 2,87 %

1. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 3 311 € au 01/01/2018

2. Conjoint, concubin, partenaire pacsé.