

BULLETIN D'AFFILIATION DU SALARIÉ

AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES FLEURISTES, VENTE ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR LES DEUX PARTIES
ET À REMETTRE À L'EMPLOYEUR DANS LES 15 JOURS

IPGM

zone réservée

Ardisson Conseils
Klésia 1750

Siren : 423 162 247

N°Orias : B 07 002 391

23-25 Bd Général Vautrin
06400 Cannes

contact@ardissonconseils.com
Fax : 04.92.18.99.21

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Raison sociale de l'entreprise : _____

Numéro de l'entreprise : _____ Siren : _____ NIC : _____ (figurant sur votre certificat d'adhésion)

Catégorie de personnel : non cadre cadre Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Avez vous souscrit le régime supplémentaire ? : oui non À titre obligatoire facultatif

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ)

Monsieur Madame Mademoiselle Nom : _____

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

Date de naissance _____ N° de Sécurité sociale _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville _____ Téléphone domicile : _____

Mobile : _____ Mail* : _____

* J'ai pris bonne note qu'en indiquant mon adresse e-mail, j'opte pour la réception des bordereaux de remboursement effectués par l'IPGM au format PDF. J'ai également noté que le reflet des décomptes Sécurité sociale sera directement adressé par les Caisses Primaire d'Assurance Maladie à l'IPGM par télétransmission selon la procédure « Noemie » et que je bénéficierai ainsi que mes ayants droit (si je souscris l'extension de mes garanties à mon conjoint et/ou enfants) du système de tiers payant.

EXTENSION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ À MES AYANTS DROIT (PARTIE À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE SALARIÉ SOUHAITE CETTE EXTENSION)

Je souhaite que mes garanties Frais de santé soient étendues à mes ayants droit - conjoint / partenaire pacsé / concubin et/ou enfant(s).

À cet effet, je demande une : inscription modification radiation, des bénéficiaires que j'indique ci-dessous.

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

| QUALITÉ CONJOINT/PACSÉ/ CONCUBIN/ENFANT | NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | N° SÉCURITÉ SOCIALE | RÉGIME OBLIGATOIRE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ |
|---|---------------|----------------------|---------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Votre conjoint / pacsé / concubin bénéficie-t-il, à titre personnel, d'un régime complémentaire maladie? OUI NON
Souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission Noemie ? OUI NON

À compléter uniquement si votre entreprise a choisi le régime Frais de Santé supplémentaire facultatif

Mon entreprise a mis en place le Régime Frais de santé supplémentaire facultatif, je souhaite y être affilié(e) : OUI NON

J'ai bien noté que si mes ayants droit bénéficient de l'extension des garanties ci-dessus, ils bénéficieront automatiquement du régime supplémentaire facultatif Frais de santé. Je note également que le supplément de cotisation sera à ma charge exclusive.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à Klésia en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale, et ce, uniquement pour les produits et services proposés par Klésia à ses partenaires, à l'exclusion du NIR. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et les services de Klésia et de ses partenaires, veuillez cocher cette case : Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités de Klésia, ses délégataires de gestion et ses partenaires, Klésia 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 loi précitée. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de Klésia, Service Info CNIL - 174 rue de Charonne - 75 128 Paris Cedex 11 - accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

CACHET DE L'ENTREPRISE

PIÈCES À JOINDRE

Les prestations seront réglées par virement sur compte bancaire. À cet effet, merci de joindre :

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) de l'assuré (ou compte joint),
- La photocopie de votre attestation Vitale et, dans le cas d'une extension aux ayants droit, celle de votre conjoint, pacsé ou concubin et de vos enfants,
- Pour les personnes liées par un Pacte de Solidarité Civile (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 du 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 souscrit par l'employeur).

VOTRE INSCRIPTION ET CELLE DE VOTRE FAMILLE (SI VOUS SOUSCRIVEZ L'EXTENSION AUX AYANTS DROIT)

Vous devez compléter les rubriques suivantes :

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Remplissez avec soin l'ensemble des informations demandées.

Précisions :

- Adresse e-mail : si vous indiquez votre adresse e-mail, vos décomptes de remboursements versés par l'IPGM vous seront transmis uniquement par mail, pas de décomptes papier.
- Vous bénéficiez automatiquement de la télétransmission Noemie. Si vous la refusez, vous devez nous informer par courrier libre adressé à l'IPGM.

DEMANDE D'EXTENSION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ À MES AYANTS DROIT

Remplissez cette partie uniquement si vous souhaitez que vos ayants droit (conjoint, partenaire lié par un pacs, concubins et/ou vos enfants) bénéficient des mêmes remboursements de leurs frais médicaux que vous.

Dans ce cas, cocher les cases correspondantes et mentionner bien toutes les personnes concernées.

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOTRE ENTREPRISE A CHOISI LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRE FACULTATIF

Vous pouvez adhérer au régime supplémentaire facultatif uniquement si votre employeur l'a préalablement souscrit.

Cocher la case correspondant à votre choix.

IMPORTANT

Joignez impérativement à votre bulletin d'affiliation toutes les pièces demandées.

Sans ces justificatifs, le gestionnaire du contrat frais de santé ne pourra pas traiter votre demande.