

BULLETIN D'ADHÉSION

ACCUEIL Crédit Coopératif

À retourner à :
KLESIA Mut' - TSA 50009 - 75128 PARIS CEDEX 11

KLESIA Mut'

Zone réservée _____

Code campagne : _____

Code conseiller : _____

Si vous êtes déjà adhérent,
renseignez votre n° : _____

1. VOS DONNÉES PERSONNELLES

M. M^{me} NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____ Clé _____ Régime obligatoire : ¹ _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville _____ Tél. : _____

_____ Mobile : _____ Professionnel : ² _____

E-mail : ² _____

Ouvrier(e)/Employé(e)² Technicien(ne)/Agent de maîtrise² Ingénieur/Cadre² Retraité(e)² Autres : ² _____

2. VOS DONNÉES AYANTS DROIT

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale (si différent de l'adhérent)	Régime obligatoire ¹	Sexe (F ou M)	Statut Sécurité sociale ³
Conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS)						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfants / autres personnes à charge						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. VOTRE CHOIX COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANTE(S)

Votre formule : choisissez l'une des formules suivante :

BASE

OPTION1

OPTION2

4. DATE D'ADHÉSION

0 1 2 0 Ne peut être antérieure au 1^{er} jour du mois suivant la réception du dossier complet.

Je soussigné(e), demande l'adhésion à KLESIA Mut', Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 529 168 007 et au Règlement mutualiste de KLESIA Mut', la mutuelle étant l'organisme assureur des garanties SANTÉ que j'ai choisies pour mon compte et mes ayants droit inscrits.

5. PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Le bulletin d'adhésion, dûment complété et signé.
- Une photocopie de l'attestation Vitale pour vous et chacun des ayants droit inscrits.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le paiement des prestations. Pour les ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, le virement des prestations s'effectue sur un compte différent. Dans ce cas, joindre le RIB de l'(des) ayant(s) droit concerné(s).

1. Régime obligatoire : (01) Assuré social régime général ou Alsace-Moselle - (02) MSA Mutualité sociale agricole ou GAMEX - (03) TNS Travailleur non salarié non agricole - (04) SNCF - (9) Autre : à préciser.

2. Ces données sont facultatives.

3. Indiquez : C : à charge de l'adhérent - S = salarié - A : étudiant, apprenti - J : à charge du conjoint.

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 Mut' en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK), ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires 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 l'adresse suivante : 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 CS30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Entout 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

J'autorise Je n'autorise pas

KLESIA Mut' à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte et celui de mes ayants droit inscrits auprès de l'Assurance maladie et des concentrateurs techniques en charge du 1/3 payant et en particulier à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes de Sécurité sociale).

J'opte pour le relevé de remboursements par courrier électronique (pour bénéficiaire de ce service, je dois obligatoirement accepter le versement de mes remboursements par virement bancaire).

Je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date de signature du présent bulletin d'adhésion. Pour renoncer à mon adhésion, je peux utiliser ce modèle et dois l'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception à KLESIA Mut' :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom),
demeurant (adresse complète),
déclare renoncer à mon adhésion SANTE pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le (préciser la date) et
demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation,
après déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle. Date et signature »

Je reconnais avoir reçu et avoir pris connaissance des Statuts du règlement intérieur et du Règlement mutualiste de KLESIA Mut', ainsi que des notices d'information liées aux garanties d'assistance. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires.

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués.

fait à _____ le _____

SIGNATURE DEL'ASSURÉ (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989 (art. 9) et Décret N° 90-769 du 30 août 1990.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.