

Il est indispensable de compléter ce bulletin même si vous avez déjà été affilié à HCR Santé.

Pour être affilié, complétez ce bulletin à l’encre noire en lettres majuscules. Une fois que le dossier est complet, vérifié et tamponné par l’entreprise, il doit être envoyé directement à **GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX.**

Joignez votre RIB et la copie de votre attestation vitale indispensables pour le remboursement de vos soins (si vous avez déjà envoyé ces pièces à GPS lors d’une précédente affiliation au contrat HCR Santé et que votre situation n’a pas changé, il n’est pas nécessaire de les joindre à nouveau).

Partie à compléter par l’entreprise

Informations relatives à l’entreprise:

Raison sociale de l’entreprise : _____

N° de Siret : _____

Informations relatives au salarié:

Statut : Cadre Non-Cadre Contrat de travail : CDI CDD Saisonnier

Date de d’embauche : _____

Date d’effet : _____

A 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 pour une dispense d’affiliation conformément aux dispositions de l’avenant N°3 de l’accord du 6 octobre 2010.

Date de **fin de contrat de travail** prévue : _____ pour les **CDD et saisonniers**

Attention : Toute modification de la durée du contrat devra être portée à la connaissance de GPS par l’entreprise ou directement enregistrée sur l’espace «entreprise» du portail internet de GPS : www.gpam.fr

Partie à compléter par le salarié

Nom _____

Prénom _____

N° Voie _____ Voie _____

Complément d’adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ E-mail _____ @ _____

N° de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Célibataire Marié(e) P.A.C.S Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d’enfants à charge : _____

Travaillez-vous dans un autre hôtel, café ou restaurant ? oui non Si oui, indiquez le nombre d’employeurs : _____

• J’autorise le transfert d’informations entre la Sécurité sociale et GPS afin de bénéficier de la **transmission automatique des décomptes (NOEMIE).**

A noter : si j’y renonce, je devrai envoyer à GPS les décomptes originaux de ma caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser je dois le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention « Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission » :

<<----->>

• Je souhaite recevoir mes relevés de remboursement en temps réels par e-mail (assurez-vous d’avoir bien renseigné votre adresse e-mail).

A noter : si je n’ai pas renseigné mon adresse e-mail ou si je renonce ultérieurement à ce service, je recevrai périodiquement un relevé récapitulatif par courrier.

• J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document et m’engage à en signaler toute modification.

Fait à _____ le _____ **Signature du salarié** _____

..... **VEILLEZ A BIEN INSCRIRE VOS AYANTS DROIT AU VERSO DE CE DOCUMENT**

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu’à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l’exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu’aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d’introduire une réclamation auprès de l’autorité de contrôle compétente ainsi qu’un droit d’accès, de rectification, d’effacement, de limitation, de portabilité et d’opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d’effectuer votre demande auprès de : KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027, 93108 Montreuil cedex, ou par courriel à l’adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d’opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l’adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

Validation de l’entreprise

J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document.

Fait à _____ le _____

Signature du représentant légal de l’entreprise: _____

Cachet de l’entreprise obligatoire

Le dossier complet doit être adressé à : GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX

Pièces à fournir :

- Le **relevé d'identité bancaire** de votre compte ou de votre compte joint.
 - La copie de votre **attestation de Sécurité sociale** délivrée avec la carte VITALE (et non une copie de la carte).
- Vous avez déjà envoyé ces pièces à GPS lors d'une précédente affiliation au contrat HCR Santé et votre situation n'a pas changé : il n'est pas nécessaire de les joindre à nouveau.

Pour les ayants droit dans le cadre d'un contrat collectif famille obligatoire :

- La copie de l'attestation de Sécurité sociale délivrée avec la carte vitale de vos ayants droit ;
- Concubinage : attestation sur l'honneur de vie maritale ;
- Partenaire de PACS : copie du Pacte Civil de Solidarité ;
- Pour les enfants bénéficiaires, selon leur qualité : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie de l'attestation vitale délivrée par le régime étudiant, copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi, copie de la carte d'invalidité.

Qui peut bénéficier du contrat :

Salarié, vous êtes seul bénéficiaire du contrat frais de santé HCR.

Dans le cadre d'un contrat collectif famille obligatoire souscrit par votre entreprise au profit de la catégorie de personnel dont vous relevez, vous pouvez affilier les personnes ci-dessous désignées :

- Votre **conjoint**, la personne à laquelle vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou votre **concubin**. Le concubin doit vivre sous le même toit que le Participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- Vos **enfants** célibataires ou ceux de la personne à laquelle vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de votre concubin :
 - ✓ âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un contrat obligatoire de protection sociale au titre du contrat des étudiants ou des assurés volontaires ;
 - ✓ âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ;
 - ✓ âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge ;
 - ✓ handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21ème anniversaire de la carte d'invalidité civil.

À noter: Si le salarié se prévaut d'une dispense d'affiliation, ses ayants droit ne peuvent bénéficier du contrat complémentaire.

Enregistrez les membres de votre famille

Conjoint : Conjoint(e) Partenaire de P.A.C.S Concubin(e)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

Enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

Je certifie avoir informé les membres de ma famille du traitement opéré de leurs données à caractère personnel par les entités du Groupe de Protection Sociale KLESIA.

Dans quel cas informer GPS

N'oubliez pas d'informer GPS de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, divorce, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires, nouvel employeur ...).

Le portail internet de GPS : www.gpam.fr

Simple et rapide : notre site vous permet de consulter l'ensemble de vos remboursements, le détail de vos garanties ou encore de faire des simulations de remboursement.

Attendez de recevoir votre numéro d'adhérent et votre mot de passe délivrés avec votre carte de tiers payant et connectez-vous à notre site www.gpam.fr

Votre carte de Tiers Payant

Votre carte de tiers payant sera directement adressée à votre domicile sous 7 jours, sous réserve que votre dossier soit réceptionné complet par GPS.

Elle permet d'éviter l'avance du paiement du Ticket Modérateur dans les conditions prévues au contrat, notamment pour les frais de pharmacie, de biologie, de radiologie et les soins externes.

A réception, nous vous invitons à vérifier son contenu. Si une anomalie apparaît (erreur de numéro de Sécurité sociale, nom d'un bénéficiaire, ...), vous devez la retourner à GPS Gestion Prestation Service en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.



Cette carte doit impérativement être renvoyée à GPS Gestion Prestation Service dès que vous cessez de bénéficier du contrat HCR Santé.

Contacter un conseiller



Site internet : www.gpam.fr

E-mail : gestion@gpam.fr

Adresse postale : GPS 41207 ROMORANTIN Cedex

Téléphone  **N° Azur** 0 811 460 665 **Ou 02 54 88 38 12 Fax. 02 54 95 90 96**

Accueil du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 (17h00 le vendredi)

Contrat Frais de santé dans le cadre d'un contrat collectif assuré par :



- MALAKOFF MEDERIC Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 21 rue Laffitte, 75009 PARIS
- KLESIA Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS
- AUDIENS Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES