



**BULLETIN D’AFFILIATION SANTÉ**  
**LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE**  
**EXTRA-HOSPITALIERS**

Adresse retour :  
 GFP – Service Adhésions  
 CS 50023 – 74601 SEYNOD CEDEX

Raison sociale de l’entreprise : .....

SIRET (obligatoire) : .....

Matricule paie : \_\_\_\_\_

Collège : Ensemble du personnel

Régime :  Régime Général  Régime Alsace Moselle

Date d’entrée dans l’Entreprise : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d’adhésion : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**<<Inscrivez ci-dessous uniquement les bénéficiaires devant être couverts par le régime>>**

**L’ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**En complément du Régime de Base ADN, je souhaite, ainsi que mes bénéficiaires désignés ci-après, adhérer à l’Option Facultative VITAMINE proposée ?  Oui  Non**

**VOTRE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) (Pour le concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale, fournir une attestation sur l’honneur de vie maritale) OU PARTENAIRE P.A.C.S.**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**Est-il (elle) couvert(e) : - par une autre mutuelle ?  Oui\*\*  Non - par la C.M.U. complémentaire ?  Oui  Non**

\*\* Si oui les compléments des prestations seront effectués sur présentation des justificatifs du 1er organisme assureur

**VOS COORDONNÉES**

Adresse (EN LETTRES CAPITALES) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail (EN LETTRES CAPITALES) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

La communication de votre adresse e-mail nous permet de vous adresser des informations de gestion et de vous faire parvenir vos décomptes de prestations après chaque remboursement. Vous pouvez à tout moment la modifier ou la supprimer sur [www.gfpfrance.com](http://www.gfpfrance.com) rubrique « mode de réception de vos décomptes ».

**VOS AYANTS DROIT \* (Fournir les justificatifs)**

Sexe	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Si étudiant : a-t-il une mutuelle complémentaire au régime étudiant ?
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l’assuré affilié ou remplissant l’une des conditions suivantes :

- d’être âgés de moins de 21 ans,

- d’être âgés de moins de 28 ans et :

- de poursuivre des études secondaires ou supérieures ou professionnel ou en apprentissage,
- de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d’un contrat d’aide d’une inscription au CNED (Centre National d’Enseignement à Distance),
- d’être inscrits à l’assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d’emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l’issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d’emploi ;

✓ quel que soit leur âge si l’enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

**PIÈCES A JOINDRE**

- Copie de l’attestation d’assuré social actualisée (fournie avec la carte plastifiée VITALE ou disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)) et celle(s) de vos ayants droit éventuels. Transmettre une nouvelle copie lors de tout changement de situation de famille.
- Relevé d’Identité Bancaire (mentionnant les coordonnées européennes BIC et IBAN) pour effectuer le règlement des prestations par virement et bénéficiaire de la télétransmission.
- **En cas d’adhésion de bénéficiaires et/ou de choix d’option, la cotisation correspondante fera l’objet de prélèvements sur votre compte bancaire. Merci de compléter et signer le mandat de prélèvements prévu à cet effet.**

Cachet de l’entreprise

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l’assuré(e) (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le régime obligatoire peut transmettre informatiquement vos décomptes (télétransmission NOEMIE) au centre de gestion. Vous avez la faculté de refuser ce service en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Les informations déclarées ci-dessus serviront de base à l’adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité des garanties, conformément au contrat souscrit par l’entreprise.

Si l’affiliation permet la délivrance d’une attestation de tiers payant, celle-ci doit être restituée sans délai lors du départ de l’entreprise adhérente et toute somme indûment avancée être remboursée.

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

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à GFP, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA en sa qualité de responsable du traitement 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 : GFP - Service INFO CNIL - par courriel à l’adresse suivante : [cnil@plansante.com](mailto:cnil@plansante.com) 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](http://www.bloctel.gouv.fr)

**Adresse retour :**  
**GFP – Service Adhésions**  
**CS 50023 – 74601 SEYNOD CEDEX**

### PIÈCES A JOINDRE EN CAS D’ADHESION D’AYANTS DROIT

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS :

- Une copie de l’attestation d’inscription au registre du greffe du tribunal d’instance du domicile du participant ou un extrait d’acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun aux deux noms.

Pour les concubins :

- Un justificatif de domicile commun aux deux noms (titre de propriété, avis d’imposition, quittance de loyer, factures de gaz, électricité, etc.).

Pour la couverture des enfants selon le cas :

- Pour les enfants de moins de 21 ans
  - Une attestation vitale sur laquelle figure l’enfant datant de moins d’un an
- Pour les enfants de moins de 28 ans
  - Pour les étudiants :  
 Une attestation d’affiliation au régime de sécurité sociale des étudiants,  
 Un certificat de scolarité délivré par l’établissement d’enseignement indiquant les dates de début et de fin d’études.
  - Pour ceux en contrat d’apprentissage, alternance, contrat de professionnalisation ou inscription au CNED :  
 Une copie du contrat d’apprentissage,  
 Un certificat de scolarité délivré par l’établissement d’enseignement indiquant les dates de début et de fin d’études,  
 Une attestation vitale de l’enfant datant de moins d’un an,  
 Une attestation sur l’honneur précisant que l’enfant ne bénéficie pas d’un contrat collectif frais de santé au titre de son activité salariée.
  - Pour ceux inscrits à l’assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d’emploi :  
 Une attestation vitale de l’enfant datant de moins d’un an  
 Une attestation de Pôle Emploi
- Quel que soit l’âge si l’enfant est reconnu handicapé :
  - Une copie de la carte d’invalidité

*L’assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.*

### LES COTISATIONS AU RÉGIME À ADHÉSION FACULTATIVE

CONTRAT ADN		CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN	ENFANT
<b>Régime Général</b>		1,43 % PMSS	0,71 % PMSS
<b>Régime Alsace-Moselle</b>		1 % PMSS	0,50 % PMSS

  

OPTION SURCOMPLÉMENTAIRE VITAMINE	SALARIÉ	CONJOINT / PACSÉ / CONCUBIN	ENFANT
<b>Régime Général</b>	0,60 % PMSS	0,66 % PMSS	0,33 % PMSS
<b>Régime Alsace-Moselle</b>	0,56 % PMSS	0,58 % PMSS	0,32 % PMSS

Nb : Gratuité à compter du 3ème enfant.

Le régime obligatoire peut transmettre informatiquement vos décomptes (télétransmission NOEMIE) au centre de gestion. Vous avez la faculté de refuser ce service en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Les informations déclarées ci-dessus serviront de base à l’adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité des garanties, conformément au contrat souscrit par l’entreprise.

Si l’affiliation permet la délivrance d’une attestation de tiers payant, celle-ci doit être restituée sans délai lors du départ de l’entreprise adhérente et toute somme indûment avancée être remboursée.

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

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à GFP, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA en sa qualité de responsable du traitement 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 : GFP - Service INFO CNIL - par courriel à l’adresse suivante :cnil@plansante.com 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