SANTÉ HCR

BULLETIN D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION DE L'ENTREPRISE AUX RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ

BRANCHE DES HÔTELS-CAFÉS-RESTAURANTS

À retourner à l'organisme assureur compétent (informations sur www.hcrsante.fr)

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE - 21 rue Laffitte - 75009 PARIS

ZONE RÉSERVÉE

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale _____ Sigle _____ Forme juridique _____

Date de création |_|_|_|_|_|_|_|_| Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____

Adresse du Siège social _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Adresse de correspondance (si différente) _____

Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Activité principale _____

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code APE (norme NAF) |_|_|_|_|_| Convention collective appliquée _____

Effectif cadre _____ Effectif non cadre _____

IDENTITÉ DU DIRIGEANT : Nom / prénom _____ Statut : ☐ Salarié ☐ Non salarié

EN CAS DE REPRISE DE L'ENTREPRISE : nature juridique de la reprise

Ancienne dénomination _____ Ancien n° SIRET _____

Je soussigné(e) _____ , agissant en qualité de _____ ,

ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande à adhérer, auprès de l'Institution de Prévoyance compétente au :

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNEL DES HÔTELS - CAFÉS - RESTAURANTS (OBLIGATOIRE)

en faveur de la totalité du personnel salarié des catégories ci-dessous visées à effet du |_|_|_|_|_|_|_|_| et aux conditions suivantes :

☐ Cadre (Personnel relevant des art. 4 et 4 bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)

☐ Non cadre (Personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et 36 de la CCN du 14/03/1947)

Cochez obligatoirement les 2 cases ci-dessus si vous ne bénéficiez pas d'un régime conforme auprès d'un autre assureur pour l'une de ces catégories.

	MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE	
	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME ALSACE MOSELLE
GARANTIE FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE - cotisation contractuelle	**32 €**	**22,90 €**
GARANTIE FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE - cotisation appelée au 01/07/2015	**28 €**	**20 €**
Condition d'ancienneté	**La cotisation est due au terme du 1er mois civil entier dans l'entreprise, à terme échu**	
Répartition de la cotisation du régime obligatoire salarié CCN HCR	**50 % salarié - 50 % employeur**	

PIÈCES À JOINDRE : Extrait k.bis de moins de 3 mois

Je reconnais avoir reçu les Conditions générales :

☐ du régime frais de santé conventionnel obligatoire de la CCN des Hôtels - Cafés - Restaurants, comportant les conditions d'assurance prévues par l'accord de Branche et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet de l'adhésion, accompagné d'une notice d'information par salarié concerné dont un exemplaire sera à lui remettre.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'Entreprise et signature de son représentant légal :

AFFILIATION DES SALARIÉS

GPS Gestions Prestation Service est le gestionnaire du régime HCR Santé pour les affiliations et les prestations.

Pour la bonne gestion des dossiers et le suivi des affiliations, vous devez impérativement renseigner le nom et les coordonnées d'un « contact affiliation » (responsable du personnel, expert comptable, …).

NOM / Prénom _____

Adresse e-mail _____

Tél. _____

Pour une affiliation simple et rapide, vos salariés peuvent directement remplir leur bulletin en ligne sur le site : **www.gpam.fr**