BULLETIN D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION DE L'ENTREPRISE AUX CONTRAT 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

Entreprise (Raison sociale) _____ Sigle _____

Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____

N° Siren |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Forme juridique _____

Nic du siège social |__|__|__|__|__| Adresse du Siège social _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Tél. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Email _____

Date de création de l'entreprise |__|__|__|__|__|__| Code NAF (E-APE) _____

Activité principale _____ N° IDCC |__|__|__|__|

Adresse de correspondance _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Tél. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Email _____

Identité du dirigeant : Nom / Prénom _____ Statut : ☐ Salariés ☐ Non salarié

Effectif Cadres [1] : _____ Effectif Non cadres [2] : _____

En cas de reprise de l'entreprise, nom du précédent exploitant _____

Nature juridique de la reprise _____ CCN appliquée _____

Ancien N° SIREN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Expert-comptable : nom de votre Expert-Comptable _____

Adresse _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Email _____

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 1er juillet 2015	28 €	20 €
Répartition de la cotisation du régime obligatoire salarié CCN HCR	50 % salarié - 50 % employeur	

PIÈCES A JOINDRE

- Extrait de Kbis de moins de 3 mois.
- Justificatif d'identité du représentant légal.
- Si le signataire de la demande d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant le pouvoir d'engager l'entreprise ainsi que son justificatif d'identité.

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de Conseil fournie et 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

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE - 03/2018 -

Le présent contrat vous est proposé par Association de Moyens Assurances (AMA) association régie par la loi du 1er juillet 1901, Siren n° 812986289, ORIAS n° 16000160, www.orias.fr, dont le siège social est sis 21 rue Laffitte – 75009 Paris en qualité de Mandataire d'assurances de l'opérateur Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale. Si vous le souhaitez, AMA peut vous communiquer sur simple demande le nom des entreprises d'assurances mandantes. En cas de réclamation, vous pouvez adresser une demande écrite au Service Réclamations Entreprises Assurance- 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com. Vous pouvez vous adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des institutions de Prévoyance – CTIP) à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique http://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/). Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sise 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. L'(Les) assureur(s) du(es) contrat(s) proposé(s) est (sont) : Malakoff Médéric Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 Paris.