

ANCIENS SALARIES BULLETIN DE SOUSCRIPTION CONTRAT INDIVIDUEL



A retourner à GPS 41207 ROMORANTIN CEDEX une fois complété à l'**encre noire et en majuscule**
accompagné des pièces justificatives listées au verso



INFORMATIONS SOUSCRIPTEUR

(Ancien Salarié de la Branche des Hôtels, Cafés,

N° d'assuré GPS (Mentionné sur votre carte de tiers payant)

NOM

Prénom

N° Voie Voie

Complément d'adresse

Code Postal Ville

Téléphone E-mail @

Date de naissance N° de Sécurité Sociale :

N° de Siret de l'employeur : Date de fin du contrat de travail

Cadre réservé
GPS SAS (VAD)
Gestion Prestation Service
41207 ROMORANTIN Cedex
Siège Social: 51 avenue Hoche - 75405 PARIS CEDEX 08
R.C PARIS 490 527 199 - N° ORIAS 07 031 094

Retraité Autres

(cochez la case correspondant à votre choix)

SOUSCRIPTION ET CHOIX DES OPTIONS

Date d'effet :

Je demande à souscrire :	Pour moi-même et ma famille listée ci-dessous
Base CCN	<input type="checkbox"/>
Surco A	<input type="checkbox"/>
Surco B	<input type="checkbox"/>
Surco C	<input type="checkbox"/>

Le contrat prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil suivant la réception du bulletin de souscription.

Mon contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion que je vais recevoir après l'enregistrement de ce bulletin de souscription. Je dispose d'un délai de 30 jours de réflexion suivant la date d'effet de mon contrat pour exercer mon droit de renonciation. Pour obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée, il me suffit d'adresser dans ce délai à : GPS - 41207 ROMORANTIN Cedex - une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je déclare renoncer à l'adhésion au contrat Santé individuel HCR n° ... et demande le remboursement de la somme que j'ai versée ». Le remboursement sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier par GPS. Toutefois, si des prestations m'ont été accordées, elles devront être préalablement et intégralement restituées.

SOUSCRIPTION POUR LA FAMILLE

(voir conditions dans la brochure)

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	
Le(la) <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e)		bénéficie t-il(elle) d'un autre régime complémentaire santé ?	Oui/Non ⁽¹⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants à charge		bénéficient-ils d'un autre régime complémentaire santé ?	Oui/Non ⁽¹⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Si un ayant-droit (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfant) bénéficie d'un autre régime complémentaire santé (« mutuelle »), GPS ne se connectera pas à la Caisse de Sécurité Sociale. Pour les frais restant à charge, vous adresserez les décomptes originaux de cette première mutuelle.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des Conditions générales, de la grille des prestations et des tarifs en vigueur à compter du 01/03/2018 sous réserve d'évolution au moment de la souscription.

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

Fait à le Signature du souscripteur :

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont indispensables à l'enregistrement des contrats souscrits. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré peut demander la communication, la rectification et, le cas échéant, la suppression de toute information le concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses réassureurs et mandataires. Sauf opposition écrite de sa part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Mornay ainsi qu'à leurs filiales et partenaires dont la liste lui sera transmise sur simple demande. Ce droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression peut être exercé selon les modalités figurant aux conditions générales

Votre assureur pour ce contrat est celui assurant le contrat de votre ancien employeur, il figurera sur votre certificat d'adhésion.

Organismes assureurs des contrats HCR Santé

KLESIA MUT'
4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS
Mutuelle soumise aux dispositions du
livre II du code de la mutualité

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE
Institution de prévoyance du groupe
Malakoff Médéric régie par le code de la
sécurité sociale
21 rue Laffitte, 75009 PARIS

AUDIENS PREVOYANCE
Institution de Prévoyance du groupe
Audiens 74 rue Jean Bleuzen, 92170
VANVES Institution de prévoyance régie
par le code de la Sécurité sociale

Mandat de Prélèvement SEPA



Zone réservée à GPS

MANDAT

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GPS - Gestion Prestation Service à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GPS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

CREANCIER

Nom du créancier GPS Gestion Prestation Service SAS
Nom du créancier

Adresse 4 1 2 0 7 ROMORANTIN CEDEX
Code Postal Ville
France
Pays

Identifiant Créancier SEPA F R 3 7 Z Z Z 5 8 1 2 4 7
I C S

A compléter par l'adhérent

PAYEUR

Votre nom / prénom _____ N° Sécurité Sociale
Nom / Prénom du débiteur (obligatoire) N° adhérent (si connu)

Votre adresse _____
Numéro et nom de la rue
Code Postal Ville
Pays

Les coordonnées de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signé à _____ Le _____
Lieu Date : JJ/MM/AAAA

Signature veuillez signer ici

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.