



# BULLETIN DE SOUSCRIPTION - CONTRAT INDIVIDUEL FRAIS DE SANTÉ

POUR CONSULTER LE DÉTAIL DES GARANTIES, REPORTEZ-VOUS À LA BROCHURE

## Le saviez-vous ?

Simple et rapide, mon contrat santé  
en quelques clics sur le site :  
**www.gpam.fr**

## ÉGALEMENT, DEPUIS VOTRE WEB

Pour ce faire :

1. **Connectez-vous à votre Espace Assuré**  
À l'aide de votre identifiant Assuré communiqué dans votre carte de Tiers payant
2. **Accédez à la rubrique "Votre couverture"**



## PIÈCES À FOURNIR POUR SOUSCRIRE :

Le mandat SEPA complété et signé  
(OBLIGATOIRE)



Votre relevé d'identité bancaire (RIB)  
(OBLIGATOIRE)

À JOINDRE UNIQUEMENT SI VOUS N'AVEZ PAS ENCORE COMMUNIQUÉ CES DOCUMENTS À GPS :

### ENFANTS (à fournir à l'adhésion et chaque année) :

- À charge au sens de la sécurité sociale : **Copie de l'attestation vitale** (et non la carte vitale)
- Agés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures : **certificat de scolarité**
- Agés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage : **copie du contrat d'apprentissage**
- Agés de moins de 26 ans inscrits au POLE EMPLOI en tant que primo demandeur d'emploi et pris en compte dans le calcul du quotient familial : **copies de l'attestation d'inscription et du dernier avis de situation émis par le POLE EMPLOI de moins de 6 mois ainsi que la copie de l'avis d'imposition.**

- Quel que soit leur âge, percevant les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 concernant les handicapés (s'ils sont titulaires avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire de la carte d'invalidité civil) : **copie de l'attestation de versement de l'AAH et de la carte d'invalidité.**

### CONCUBIN :

- la personne à laquelle vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou votre concubin, à charge ou non au sens de la Sécurité sociale : **copie du Pacte Civil de Solidarité + de l'attestation vitale / attestation sur l'honneur de vie maritale + l'attestation vitale (sur papier libre).**

### CONJOINT :

- **Attestation de sécurité sociale** (et non copie de la carte vitale).

### CONTACTER UN CONSEILLER :

SITE INTERNET : **www.gpam.fr**  
EMAIL : **gestion@gpam.fr**  
ADRESSE POSTALE :  
**GPS 41207 ROMORANTIN Cedex**  
TÉLÉPHONE : **02 54 88 38 15**



Accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

Régime Frais de santé dans le cadre d'un régime collectif assuré par :



**MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE**  
(INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DE MALAKOFF MÉDÉRIC)  
21 rue Laffitte, 75009 Paris



**KLESIA MUT**  
(MUTUELLE DU GROUPE KLÉSIA)  
4 rue Georges Picquart, 75017 Paris



**AUDIENS PRÉVOYANCE**  
(INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE AUDIENS)  
74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves

# 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.**