

**!** Pour être affilié, complétez ce bulletin à l’encre noire en lettres majuscules. Une fois que le dossier est complet, vérifié et tamponné par l’entreprise, il doit être envoyé directement à **GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX**.  
**Joignez votre RIB et la copie de votre attestation vitale indispensables pour le remboursement de vos soins** (si vous avez déjà envoyé ces pièces à GPS lors d’une précédente affiliation au régime HCR Santé et que votre situation n’a pas changé, il n’est pas nécessaire de les joindre à nouveau).

**Partie à compléter par l’entreprise**

**Informations relatives à l’entreprise:**

Raison sociale de l’entreprise : \_\_\_\_\_

N° de Siret : \_\_\_\_\_

**Informations relatives au salarié:**

Statut :  Cadre  Non-Cadre Contrat de travail :  CDI  CDD  Saisonnier

Date de l’embauche : \_\_\_\_\_

Date d’effet : \_\_\_\_\_

Date de fin de contrat de travail prévue : \_\_\_\_\_ pour les CDD et saisonniers

Toute modification devra être portée à la connaissance de GPS ou directement enregistrée sur l’espace «entreprise» du portail internet de GPS : [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

À compléter uniquement si la date d’effet des garanties est différente de la date d’embauche.  
Notamment si le salarié a fait valoir ses droits pour une dispense d’affiliation

**Partie à compléter par le salarié**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

N° Voie \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Complément d’adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Célibataire  P.A.C.S  Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve) Nombre d’enfants à charge : \_\_\_\_\_

Travaillez-vous dans un autre hôtel, café ou restaurant ?  oui  non Si oui, indiquez le nombre d’employeurs : \_\_\_\_\_

- J’autorise le transfert d’informations entre la Sécurité sociale et GPS afin de bénéficier de la **transmission automatique des décomptes (NOEMIE)**. Attention : Si j’y renonce, je devrai envoyer à GPS les décomptes originaux de ma caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser je devrai le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention «Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission»
- Gratuit, rapide, sûr et écologique : pour recevoir un décompte à chaque remboursement et toutes autres correspondances, je renseigne mon adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- A défaut, GPS m’adressera un décompte récapitulatif périodique par courrier.
- Pièces à joindre obligatoirement : copie de l’attestation délivrée avec la carte Vitale, votre Relevé d’Identité Bancaire.
- J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document et m’engage à en signaler toute modification.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ **Signature du salarié** \_\_\_\_\_

**..... VEILLEZ A BIEN INSCRIRE VOS AYANTS DROIT AU VERSO DE CE DOCUMENT ..... ▶**

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 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 liées à l’Institution de Prévoyance dont relève l’adhésion, ainsi qu’à leurs filiales et partenaires dont la liste lui sera transmise sur simple demande. Ce droit d’accès, de rectification et d’opposition peut être exercé en écrivant au siège social de l’Institution ayant recueilli l’adhésion de l’entreprise.

**Validation de l’entreprise**

J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal de l’entreprise: \_\_\_\_\_

**Cachet de l’entreprise obligatoire**

- MALAKOFF MEDERIC Prévoyance (Institution de Prévoyance de Malakoff Médéric) : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS
- KLESIA Prévoyance (Institution de Prévoyance de Klesia) : 4 rue Georges Piquart, 75017 PARIS
- AUDIENS Prévoyance (Institution de Prévoyance du Groupe Audiens) : 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES

**Le dossier complet doit être adressé à : GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX**

### Pièces à fournir :

- Le **relevé d'identité bancaire** de votre compte ou de votre compte joint.
  - La copie de votre **attestation de Sécurité sociale** délivrée avec la carte VITALE (et non une copie de la carte).
- Vous avez déjà envoyé ces pièces à GPS lors d'une précédente affiliation au régime HCR Santé et votre situation n'a pas changé : il n'est pas nécessaire de les joindre à nouveau.

### Pour les ayants droit dans le cadre d'un régime collectif famille obligatoire :

- La copie de l'attestation de Sécurité sociale délivrée avec la carte vitale de vos ayants droit ;
- Concubinage : attestation sur l'honneur de vie maritale ;
- Partenaire de PACS : copie du Pacte Civil de Solidarité ;
- Pour les enfants bénéficiaires, selon leur qualité : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie de l'attestation vitale délivrée par le régime étudiant, copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi, copie de la carte d'invalidité.

### Qui peut bénéficier du régime :

Salarié, vous êtes seul bénéficiaire du contrat Frais de santé HCR.

Dans le cadre d'un régime collectif famille obligatoire souscrit par votre entreprise au profit de la catégorie de personnel dont vous relevez, vous pouvez affilier les personnes ci-dessous désignées :

- Votre **conjoint**, 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. Le concubin doit vivre sous le même toit que le Participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- Vos **enfants** célibataires ou ceux de la personne à laquelle vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (**PACS**) ou ceux de votre concubin : considérés par la Sécurité sociale comme à votre charge, à celle de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin, en application de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale ;
  - âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;
  - âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ;
  - âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge ;
- handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21ème anniversaire de la carte d'invalidité civil.

## Enregistrez les membres de votre famille

**Conjoint :**    Conjoint(e)    Partenaire de P.A.C.S    Concubin(e)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

### Enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

### Dans quel cas informer GPS

N'oubliez pas d'informer GPS de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, divorce, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires ...).

### Le portail internet de GPS : [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

**Simple et rapide :** notre site vous permet de consulter l'ensemble de vos remboursements, le détail de vos garanties ou encore de faire des simulations de remboursement.

Attendez de recevoir votre numéro d'adhérent délivré avec votre carte de tiers payant et connectez-vous à notre site [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

### Votre carte de Tiers Payant

Votre carte de tiers payant Almerys sera directement adressée à votre domicile, sous réserve que votre dossier soit complet.

Elle permet d'éviter l'avance du paiement du Ticket Modérateur dans les conditions prévues au contrat, notamment pour les frais de pharmacie, de biologie, de radiologie et les soins externes.

A réception, nous vous invitons à vérifier son contenu. Si une anomalie apparaît (erreur de numéro de Sécurité sociale, nom d'un bénéficiaire, ...), vous devez la retourner à GPS Gestion Prestation Service en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.

**Cette carte doit impérativement être renvoyée à GPS Gestion Prestation Service dès que vous cessez de bénéficier du régime HCR Santé.**



Contacter un conseiller



Site internet : [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

E-mail : [gestion@gpam.fr](mailto:gestion@gpam.fr)

Adresse postale : GPS 41207 ROMORANTIN Cedex

Téléphone  **N° Azur 0 811 460 665**

Ou **02 54 88 38 12** Fax. **02 54 95 90 96**

Accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00

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

- MALAKOFF MEDERIC Prévoyance (Institution de Prévoyance de Malakoff Médéric) : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS
- KLESIA Prévoyance (Institution de Prévoyance de Klesia) : 4 rue Georges Piquart, 75017 PARIS
- AUDIENS Prévoyance (Institution de Prévoyance du Groupe Audiens) : 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES

