

# SALARIES BULLETIN DE SOUSCRIPTION CONTRAT INDIVIDUEL



Simple et rapide, vous pouvez souscrire en quelques clics sur [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr) (plus d'information au verso)

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

(Salarié de la Branche des Hôtels, Cafés, Restaurants)

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

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 :  Raison sociale de l'employeur :

## SOUSCRIPTION ET CHOIX DES OPTIONS

(cochez la case correspondant à votre choix)

Date d'effet :

Pour bien remplir ce bulletin de souscription, vous devez impérativement connaître la garantie souscrite par votre employeur. Le choix de votre régime individuel vient en complément de celui dont vous bénéficiez au sein de votre entreprise.

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 <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Les enfants à charge		bénéficient-ils d'un autre régime complémentaire santé ?		Oui/Non <sup>(1)</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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 01/01/2016 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 employeur, il figurera sur votre certificat d'adhésion.

### Organisation assureurs des contrats HCR Santé.

MKSG  
4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS  
Mutuelle soumise aux dispositions du  
livre II du code de la mutualité inscrite  
au répertoire SIRENE sous le N  
344033360



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



# 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 et de votre mot de passe communiqués dans le courrier d'envoi de votre carte de Tiers payant et disponibles sur demande à **gestion@gpam.fr**

### 2. Accédez à la rubrique :

Votre couverture > Complément individuel.



## 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 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30 (17h le vendredi)

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



**MKSG**  
(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 \_\_\_\_\_  
Nom / Prénom du débiteur

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.**