

**!** Il est indispensable de compléter ce bulletin même si vous avez déjà été affilié à HCR Santé.

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 d’embauche : \_\_\_\_\_

Date d’effet : \_\_\_\_\_

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

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

A 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 conformément aux dispositions de l’Accord du 6 octobre 2010.

### Partie à compléter par le salarié

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

N° Voie \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Complément d’adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

Célibataire  Marié(e)  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)**.

A noter : 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 dois le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention « Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission » :

<<----->>

• Je souhaite recevoir mes relevés de remboursement en temps réels par e-mail (assurez-vous d’avoir bien renseigné votre adresse e-mail).

A noter : si je n’ai pas renseigné mon adresse e-mail ou si je renonce ultérieurement à ce service, je recevrai périodiquement un relevé récapitulatif par courrier.

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

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

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**

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.*

## Votre carte de Tiers Payant

Votre carte de tiers payant Alмеры sera directement adressée à votre domicile, sous réserve que votre dossier soit complet et que vous ayez acquis au moins un mois civil d’ancienneté dans l’entreprise.

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, de transport 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 en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.



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

## Qui peut bénéficier du régime :

Au terme d’un mois civil entier d’emploi dans l’entreprise, vous êtes seul bénéficiaire du régime conventionnel frais de santé HCR issu de l’Accord du 6 octobre 2010.

Dans le cadre d’un régime collectif complémentaire obligatoire, votre entreprise peut également souscrire à une couverture complémentaire. Ce bulletin d’affiliation ne permet d’enregistrer l’affiliation qu’à votre seul bénéfice.



**Si votre entreprise a également souscrit un régime complémentaire obligatoire famille, vous ne devez pas utiliser ce bulletin d’affiliation mais uniquement le « Bulletin d’affiliation du salarié – Famille »**

**A défaut, HCR santé met à votre disposition des contrats individuels permettant de couvrir les membres de votre famille** (et également d’améliorer votre couverture).

## 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 et votre mot de passe délivrés avec votre carte de tiers payant et connectez-vous à notre site [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

## 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 ...).

Contactez 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  0 811 460 665 PREMIER LOCAL Ou 02 54 88 38 12 Fax. 02 54 95 90 96

Accueil du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 (17h00 le vendredi)

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 du Groupe Klésia) : 5 à 9 rue Van Gogh, 75012 PARIS
- AUDIENS Prévoyance (Institution de Prévoyance du Groupe Audiens) : 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES