GFP
GESTIONNAIRE INDEPENDANT EN ASSURANCE DE PERSONNES

Adresse retour:
GFP - Service Adhésions
28039 CHARTRES CEDEX

BULLETIN D'AFFILIATION A L'OPTION HOSPITALISATION ET/OU AJOUT DE CONJOINT

KILOUTOU

SOCIÉTÉ : ☐ KILOUTOU ☐ KAPLA HOLDING ☐ TOP LOC ☐ KILOUTOU MODULE

Matricule paie : |_____|

Collège : ☐ Salarié relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (cadres)
☐ Salarié ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (non cadres)

Date d'adhésion : 01/01/2019

L'ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : ____/____/_____ Numéro de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

En complément du régime obligatoire, je souhaite adhérer à l'option hospitalisation (adhésion du salarié et du ou des enfant(s) le cas échéant), moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire ☐ Oui ☐ Non

Je souhaite faire adhérer mon conjoint(e), concubin(e) ou partenaire P.A.C.S ci-dessous au régime identique au mien (le régime obligatoire ou le régime obligatoire + l'option hospitalisation) ☐ Oui ☐ Non
Si oui, merci de compléter les informations relatives à votre conjoint ci-dessous

VOTRE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE P.A.C.S.

Adhésion facultative entraînant le paiement d'une cotisation supplémentaire

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : ____/____/_____ Numéro de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

ⓘ Est-il (elle) couvert(e) : - par une autre mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non - par la C.M.U. complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non

S'il (elle) dispose d'une autre mutuelle, il (elle) ne figurera pas sur votre attestation de tiers payant et la télétransmission (NOEMIE) se fera avec sa mutuelle. Nous interviendrons uniquement en complément de celle-ci (envoyez-nous ses décomptes originaux).

PIÈCES A JOINDRE

- **Les cotisations dues au titre de l'option hospitalisation et/ou de l'adhésion de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire P.A.C.S feront l'objet de prélèvements sur votre compte bancaire :**
  - **mensuellement d'avance pour la cotisation due au titre de l'adhésion de votre conjoint sur le régime Socle**
  - **annuellement d'avance pour la cotisation due au titre de l'option hospitalisation pour vous (y compris enfant) et votre conjoint le cas échéant**

  Merci de compléter et signer le mandat de prélèvements prévu à cet effet.
- **En cas d'adhésion de conjoint(e), concubin(e) ou partenaire P.A.C.S., fournir une copie de l'attestation d'assuré social actualisée (fournie avec la carte plastifiée VITALE ou disponible sur ameli.fr)**

Le bulletin d'affiliation à l'option hospitalisation et/ou l'ajout de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire P.A.C.S ainsi que le mandat SEPA signés devront être envoyés directement à l'adresse mentionnée en haut à gauche du présent Bulletin.

ⓘ Adhésion à l'option hospitalisation

- Par dérogation pour l'année 2019, l'adhésion au 1er janvier 2019 est possible si la demande est effectuée avant le 30 novembre 2018
- Au 1er janvier de chaque année si la demande est effectuée avant le 30 juin de l'année précédente
- Au 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation (mariage, P.A.C.S., naissance…)
- Au 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation professionnelle du conjoint

ⓘ Résiliation de l'option hospitalisation

- Toute renonciation à l'option interdira toute nouvelle souscription avant le 1er janvier de la 4ème année suivant la date de renonciation, pour l'assuré et ses ayants droits

INFORMATION

Le régime obligatoire peut transmettre informatiquement vos décomptes (télétransmission NOEMIE) au centre de gestion. Vous avez la faculté de refuser ce service en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document.
Les informations déclarées ci-dessus serviront de base à l'adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité des garanties, conformément au contrat souscrit par l'entreprise.
Si l'affiliation permet la délivrance d'une attestation de tiers payant, celle-ci doit être restituée sans délai lors du départ de l'entreprise adhérente et toute somme indûment avancée être remboursée

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à des fins de gestion des contrats en assurances de personnes et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif des sociétés du Groupe GFP et du porteur de risques du contrat. Le Groupe GFP s'engage à ne jamais transmettre à des tiers à des fins commerciales les données recueillies.
Vos données à caractère personnel collectées sur le document sont obligatoires pour votre adhésion.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, par courriel à cnil@plansante.com.
En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07.

Pour toute réclamation, vous pouvez contacter :

- Votre centre de gestion notamment lorsque la réclamation concerne une pratique de gestion ou une modalité décrite dans votre documentation contractuelle.

Les délais de traitement de votre réclamation
L'accusé de réception : 2 jours
Vous recevrez un accusé de réception de votre demande dans un délai maximum de 2 jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci, sauf si le traitement de celle-ci peut être réalisé dans ce délai.
La réponse : 10 jours
Dans les 2 mois à compter de la date de réception de votre réclamation, vous recevrez une réponse. Si des informations complémentaires doivent vous être demandées pour traiter votre demande, le délai de 10 jours sera suspendu le temps de réceptionner les pièces ou informations complémentaires.

Médiation
En cas de désaccord avec la réponse donnée, vous pouvez sans renoncer aux autres voies d'actions légales, demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09
Les modalités de recours à la médiation de l'assurance sont disponibles sur le site internet http://www.mediation-assurance.org.
Ce recours est gratuit.

Par la signature de la présente demande d'adhésion, j'accepte que les données à caractère personnel dont le traitement est obligatoire en vue de mon adhésion soient collectées pour les finalités de passation, gestion et exécution du contrat d'assurance dans le respect de la réglementation applicable.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'assuré(e)

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)