



Pour être affilié, vous devez compléter (à l'encre noire en majuscule) les rubriques ci-dessous. Joindre un RIB et votre attestation de Sécurité sociale. Une fois que le dossier est complété, vérifiez et tamponné par l'entreprise, il doit être envoyé directement à Ardisson Conseils 23/25 Bd Général Vautrin 06400 Cannes

### Partie à compléter par l'entreprise

#### INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

Raison Sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_

N° d'adhésion à l'institution : \_\_\_\_\_

N° de Siret : \_\_\_\_\_

Forme juridique : \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS RELATIVES A VOTRE SALARIE

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

Temps de travail :  Temps plein  Temps partiel  Moins de 50 %  Egal à 50 %  Plus de 50 %

Niveau (I à V) : \_\_\_\_\_ Echelon : \_\_\_\_\_ Code Catégorie Socio Professionnelle (INSEE) : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_

Date d'effet : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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)**.

Attention : Si vous y renoncez, vous devrez envoyer à GPS les décomptes originaux de votre caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser vous devez 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

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)**