

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Etablissement _____ N° de contrat _____
 Adresse _____
 N° SIRET _____

Date d'effet du changement de situation (JJMMAAAA)

ASSURE - CONGES LEGAUX

Statut Cadre Non Cadre (information obligatoire) n°IDCC n° ADHERENT

Strate Fonction

Je sollicite le maintien de mon contrat moyennant une cotisation à ma charge exclusive.

Je demande le maintien de mon conjoint et / ou de mes enfants

Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2021 :

Je relève du Régime général de la Sécurité Sociale ou du Régime agricole

Je relève du Régime Alsace-Moselle

| | Régime socle | OPTION (en complément du régime de base) | | | Régime socle | OPTION (en complément du régime de base) | | |
|--------------|--------------|---------------------------------------------|----------|----------|--------------|---------------------------------------------|----------|----------|
| | | Option 1 | Option 2 | Option 3 | | Option 1 | Option 2 | Option 3 |
| | | Salarié | 39,90 € | 10,40 € | | 27 € | 37,40 € | 24,10 € |
| Conjoint | 44 € | 10,40 € | 27 € | 37,40 € | 26,50 € | 10,40 € | 27 € | 37,40 € |
| Par enfant * | 22 € | 5,80 € | 14,60 € | 20,60 € | 13,40 € | 5,80 € | 14,60 € | 20,60 € |

* Gratuité à compter du 3ème enfant. - La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

NOM PRENOM

Date de naissance (JJMMAAAA) N° Sécurité sociale

Adresse**

Code Postal Commune Pays

Téléphone E-mail @

(Afin notamment de recevoir par email vos "Alertes remboursements" et décomptes mensuels)

Souhaitez vous bénéficier de la liaison Noémie* Oui Non

(* **NOEMIE** : La télétransmission par NOEMIE est une procédure d'échanges informatiques qui permet aux personnes affiliées au régime général ainsi que celles affiliées à certaines caisses de la Mutualité Sociale Agricole, d'être remboursées sans envoyer leurs décomptes. Les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent pas en bénéficier. **CGRM** sera informé par télétransmission du détail des prestations Sécurité Sociale pour vos frais médicaux. Un message apparaîtra sur les décomptes transmis par votre Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à la Commission Nationale Informatique des Lois et Libertés (loi du 06.01.78), vous pouvez renoncer à la télétransmission. Dans ce cas, veuillez nous le notifier par écrit.

**à compléter si différent des éléments déjà transmis.

AYANTS DROIT A AFFILIER (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

MME M NOM PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE Date de naissance (JJMMAAAA)

N° Sécurité sociale Conjoint(e) Concubin(e) PACSé(e)

Régime Général Régime Alsace-Moselle Régime Agricole Travailleur indépendant autre

Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé : non oui

Si oui, souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec CGRM : non oui

(si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)

Si vous affiliez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case "bénéficiant d'une autre mutuelle".

ATTENTION : ils ne pourront bénéficier ni de la télétransmission ni du tiers payant avec CGRM. CGRM interviendra en complément de leur mutuelle.

CGRM Centre de Gestion Règlements Maladie

CGRM - Service ADHESION - TSA 51 001 - 59952 DUNKERQUE CEDEX 1 - N°FR 333 327 13 361- Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 503 Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 Service réclamation : reclamation@cgrm.fr

Souscrit auprès d'UNIPREVOYANCE - Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, 10 rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex

ENFANT(S) A CHARGE

NOM N° Sécurité sociale (1)
 PRENOM Code Sécurité Sociale (2)
 H F Date de naissance (JJMMAAAA)

NOM N° Sécurité sociale (1)
 PRENOM Code Sécurité Sociale (2)
 H F Date de naissance (JJMMAAAA)

NOM N° Sécurité sociale (1)
 PRENOM Code Sécurité Sociale (2)
 H F Date de naissance (JJMMAAAA)

NOM N° Sécurité sociale (1)
 PRENOM Code Sécurité Sociale (2)
 H F Date de naissance (JJMMAAAA)

Pour les familles de plus de 4 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

(1) : le n° de Sécurité sociale à indiquer pour les ayants droit est le n° de Sécurité sociale auquel ils sont rattachés pour mettre en place les échanges de données informatisés avec la Sécurité sociale (pour un enfant, il peut être celui de la mère ou du père).

(2) Code SS - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Régime Agricole - 4 : Travailleur indépendant- 5 : autre

Bénéficiaires d'une autre complémentaire santé : non oui

Si oui, souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec CGRM : non oui
 (si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)

PIECES A JOINDRE (obligatoires)

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à CGRM, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- Le mandat SEPA complété et signé + un RIB pour le paiement des cotisations

Informations légales

Nous vous informons que les données à caractère personnel que CGRM recueille dans le cadre du présent bulletin d'adhésion sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Pour la gestion de votre contrat, ces données peuvent être transmises aux organismes de Sécurité Sociale et/ou de tiers payant. Elles peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils et à nos prestataires et sous-traitants. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. Vos données personnelles sont également susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la gestion de tout litige éventuel ainsi que de la lutte contre la fraude à l'assurance, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la réalisation d'études, de prévention des risques et de statistiques. Enfin, à défaut d'opposition expresse de votre part, CGRM pourra vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de sa résiliation, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour CGRM, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par l'envoi d'un courrier à l'attention de CGRM – Délégué à la Protection des Données – TSA 51 001 - 59952 DUNKERQUE CEDEX 1 ou par l'envoi d'un email à l'adresse suivante : informatique.libertes@cgrm.fr. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

Je ne souhaite pas recevoir de message par courrier électronique de la part de CGRM sur mon adresse E-mail.

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

J'accepte que mon adhésion auprès d'EEP SANTE prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

J'autorise CGRM à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement figurant ci-après.

Fait à _____
 le _____

Ensemble des éléments à retourner à :

 adhesion.aeep@cgrm.fr

 **CGRM SERVICE ADHESION**
 TSA 51 001 - 59952
 DUNKERQUE CEDEX 1

Signature du salarié
 précédée de la mention "Lu et approuvé" :

CGRM Centre de Gestion Règlements Maladie

CGRM - Service ADHESION - TSA 51 001 - 59952 DUNKERQUE CEDEX 1 - N°FR 333 327 13 361- Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 503
 Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris
 Cedex 09 Service réclamation : reclamation@cgrm.fr

Souscrit auprès d'UNIPREVOYANCE - Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, 10 rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex