



IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

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

Date d'effet du changement de situation (JJMMAAAA)

ASSURE - ANCIEN SALARIE BENEFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE

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

Strate Fonction

- Je sollicite le maintien de mon contrat au titre de la loi Evin 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 2017 :

	<input type="checkbox"/> Je relève du Régime général de la Sécurité Sociale ou du Régime agricole			<input type="checkbox"/> Je relève du Régime Alsace-Moselle		
	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Salarié	43,15 €	10,79 €	28,77 €	25,83 €	10,79 €	28,77 €
Conjoint	41,19 €	9,48 €	25,17 €	24,84 €	9,48 €	25,17 €
Par enfant *	20,59 €	5,23 €	13,73 €	12,42 €	5,23 €	13,73 €

* 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 ou caisses du régime des Etudiants, 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 Régime Etudiant 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) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

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

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 : Régime étudiant- 6 : 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 LEGALES

En application de la Loi "Informatique et Libertés" du 06/01/1978, nous vous informons que la communication des données à caractère personnel est obligatoire pour la prise en compte de votre adhésion et pour la gestion de votre contrat et qu'elles seront utilisées pour ces seules finalités. Les données collectées pourront être transmises à votre employeur et à nos partenaires contractuels concourant à la gestion de votre contrat [administrations, organismes de Sécurité Sociale, autorités de tutelle...], à l'exclusion de tout transfert à l'étranger. Nous nous engageons à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues par la Loi Informatique et Libertés.

Conformément aux dispositions de la Loi précitée, vous disposez des droits d'opposition, d'accès, de correction, de mise à jour et d'effacement de vos données en vous adressant au responsable du traitement : CGRM - SERVICE ADHESION - TSA 51 001 - 59952 DUNKERQUE CEDEX 1.

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) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09