

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Etablissement _____ N° de contrat _____

Adresse _____

N° SIRET _____

Date d'effet de l'adhésion (JJMMAAAA) Date d'entrée dans l'établissement (JJMMAAAA)

ASSURE

Statut Cadre Non Cadre (information obligatoire) n°IDCC

Strate Fonction

J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.

Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive : option 1 option 2

Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

mon conjoint mon, mes enfant(s), nbre : (J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.)

Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2018 :

	<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		9,60 €	25,49 €		9,60 €	25,49 €
Conjoint	41,72 €	9,60 €	25,49 €	25,16 €	9,60 €	25,49 €
Par enfant *	20,86 €	5,30 €	13,91 €	12,58 €	5,30 €	13,91 €

* 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.

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

ENFANT(S) A CHARGE

NOM	N° Sécurité sociale (1)
PRENOM	Code Sécurité Sociale (2)
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA) <input type="text"/>

NOM	N° Sécurité sociale (1)
PRENOM	Code Sécurité Sociale (2)
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA) <input type="text"/>

NOM	N° Sécurité sociale (1)
PRENOM	Code Sécurité Sociale (2)
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA) <input type="text"/>

NOM	N° Sécurité sociale (1)
PRENOM	Code Sécurité Sociale (2)
H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (JJMMAAAA) <input type="text"/>

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 votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit. Vous pouvez la télécharger sur www.ameli.fr ou sur les bornes de service des centres de Sécurité sociale.
- Un RIB/IBAN pour les remboursements.
- Concubin(e) / PACSé(e) : le certificat de concubinage délivré par la mairie ou à défaut un justificatif de domicile commun / copie du PACS.
- Enfant(s) de plus de 18 ans : le certificat de scolarité ou un justificatif de situation.
- 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. Le défaut de réponse aura pour seule conséquence de ne pas nous permettre de prendre en compte votre adhésion. 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'EOP 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 par l'établissement 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" :

Cachet de l'établissement

CGRM Centre de Gestion Règlements Maladie