

## IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Etablissement \_\_\_\_\_ N° de contrat \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_

## ASSURE

Statut  Cadre  Non Cadre (information obligatoire) n°IDCC \_\_\_\_\_  
 Strate \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

J'ai choisi l'option 2 pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire moyennant une cotisation supplémentaires à ma charge exclusive.

Je choisis l'option Haut de Gamme en complément de l'option 2 moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

### Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2018 :

|              | Option Haut de Gamme |
|--------------|----------------------|
| Salarié      | 7,95 €               |
| Conjoint     | 7,95 €               |
| Par enfant * | 4,30 €               |

\* 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 \_\_\_\_\_

## 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 au régime Haut de Gamme 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](mailto: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