BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU CONTRAT
FRAIS DE SANTE HAUT DE GAMME – PAYS DE LA LOIRE

UNIPRÉVOYANCE

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 2019 :

	Option Haut de Gamme Pays de la Loire
Salarié	8,10 €
Conjoint	8,10 €
Par enfant *	4,39 €

*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

CGRM SERVICE ADHESION
TSA 51 001 - 59952
DUNKERQUE CEDEX 1

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

Cachet de l'établissement