



FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'OPTION

Accord Frais de Santé relatif à la Convention collective de la branche des Etablissements d'Enseignement Privés Sous Contrat du 18 Juin 2015



REGIME EEP SANTE

À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ ET À FOURNIR A SON CENTRE DE GESTION AU PLUS TARD LE 30 NOVEMBRE DE L'ANNEE EN COURS POUR UN EFFET AU 1^{ER} JANVIER SUIVANT.

(Sauf changement de situation de famille ou diminution des revenus, cf.notice)

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Etablissement

Num SIRET

Adresse

Code postal Ville

ASSURÉ

Numéro d'adhérent _____ (Retrouvez ce numéro sur votre carte de tiers payant)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Je soussigné (e) _____, déclare être affilié (e) au régime EEP Santé mis en place à titre obligatoire par mon employeur dans le cadre de l'Accord Collectif du 18 juin 2015 interbranches des établissements d'enseignement privés sous contrat.

Je souhaite modifier mes garanties au 1er janvier prochain et j'ai bien noté que ce choix est valable pour l'ensemble des ayants droit que j'ai affilié à titre facultatif. Cochez les cases adaptées :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je désire améliorer mes garanties | <input type="checkbox"/> Je désire diminuer mes garanties |
| <input type="checkbox"/> Je suis au socle je souhaite prendre l'option <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Je suis en option 3 je souhaite passer à l'option 2 |
| <input type="checkbox"/> Je suis en option <input type="checkbox"/> je souhaite prendre l'option <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Je suis en option 2 je souhaite passer à l'option 1 |
| | <input type="checkbox"/> Je suis en option 1 je souhaite passer au socle |

* Actuellement bénéficiaire du socle, je choisis la couverture d'une option facultative moyennant le paiement de la cotisation supplémentaire à ma charge exclusive. Je joins à cet effet le mandat SEPA complété et signé et un RIB.

J'ai bien noté que le passage à un niveau inférieur est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.

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.

Fait à _____, le _____

Destinataire de ce document, votre centre de gestion :

SIGNATURE