

## DEMANDE D'AFFILIATION OU PROMOTION DU PARTICIPANT

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE : ACCESS ETOILE (SAS)

Siret de l'établissement 478167690190018 code A.P.E 7416

Interlocuteur de l'entreprise : J.P. BRETT  
N° Tél : 01.43.18.01.10 Poste : -

Etablissement ou usine de : Paris  
(dénomination ou lieu)

cadre réservé à la caisse

C.P	G.C	c.situ	c.ent	C.Gest

### ETAT CIVIL DU PARTICIPANT (écrire en lettres majuscules)

N° SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
jour mois année

NOM PATRONYMIQUE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM MARITAL \_\_\_\_\_ NATIONALITÉ \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATION DE L'AFFILIATION

1/ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE \_\_\_\_\_ DATE D'ENTRÉE DANS L'EMPLOI \_\_\_\_\_  
jour mois année (justifiant l'affiliation) jour mois année

2/ CATÉGORIE DE L'EMPLOI EXERCÉ À LA DATE D'AFFILIATION

ART 4	ART 4bis	ART 36	ART 36 ex ifrcacim	V.R.P

3/ SITUATION DE L'INTÉRESSÉ  
 Emploi à temps plein ou temps partiel  
 Vacataire  
 Reprise d'une activité réduite après liquidation des droits  
 Activité accessoire (relève d'un régime spécial)

4/ CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUÉE : SYNTEC

CLASSIFICATIONS PROFESSIONNELLES SE RÉFÉRANT À DES NIVEAUX ET ÉCHELONS NIVEAU : _____ ÉCHELON : _____	AUTRES CLASSIFICATIONS PROFESSIONNELLES Dénomination précise de l'emploi : _____	GARAGES Dénomination de l'emploi : _____
CATÉGORIE AU SENS FILIERE <input type="checkbox"/> Ouvrier / Technicien d'atelier <input type="checkbox"/> Technicien et administratif <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise <input checked="" type="checkbox"/> Cadre Position : <u>II - 2 - 1</u>	COEFFICIENT HIÉRARCHIQUE : _____ ou POSITION : _____	POSITION : _____ INDICE : _____
V.R.P (critères) _____ (peuvent cotiser à notre Institution les VRP ayant un seul employeur et la qualification d'ingénieur ou cadre)		

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

1/ Êtes-vous employé simultanément par plusieurs employeurs ?  oui  non

2/ Avez-vous exercé des fonctions relevant du régime de retraite des cadres ?  oui  non

3/ Si oui par quelle entreprise (nom et adresse) : \_\_\_\_\_

4/ Nom et adresse de la caisse AGIRC \_\_\_\_\_

Réservé à l'employeur En ce qui concerne notre entreprise, nous certifions exactes les indications portées sur le présent bulletin.	Réservé au participant Je soussigné, certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente déclaration.
Cachet _____ Nom et qualité du signataire _____	Signature du participant : _____

NB : Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, le participant dispose d'un droit d'accès et rectification pour toute information le concernant, enregistrée dans les fichiers du Groupe Malakoff. Pour exercer ce droit, il convient de s'adresser au siège social dont l'adresse figure ci-dessous.



CAHMMEC  
Siège social : 15 avenue du Centre  
GUYANCOURT - 78281 ST QUENTIN YVELINES CEDEX  
Tél. 01 30 44 40 40 - Télécopie 01 30 44 48 88 - Internet : www.groupe-malakoff.com