BULLETIN D'ADHÉSION

Cachet de l'entreprise *(obligatoire)*

Date d'effet . . . . /. . . . / 20 . . . .

N° de gestion du contrat (obligatoire) . . . . . .

N° de groupe assurés (obligatoire) . . . . . .

Pour connaître vos N° de gestion du contrat et de groupe d'assurés, veuillez prendre contact avec votre correspondant entreprise.

N° d'adhérent (réservé à la mutuelle) . . . . . .

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité ☐ M. ☐ Mme Nom . . . . . Nom de naissance . . . . . Prénom . . . . . .

Adresse . . . . . Code postal |__.__.__.__.__|

Commune . . . . . Tél. |__.__.__.__.__.__.__.__| Tél. portable |__.__.__.__.__.__.__.__|

E-mail (en majuscule) . . . . . .

☐ J'accepte de recevoir par mail ou sms des informations sur la vie de mon contrat et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.

Situation familiale . . . . . Profession . . . . . Date d'embauche . . . . /. . . . /. . . . . Catégorie . . . . . .

GARANTIE . . . . . .

PERSONNES À GARANTIR (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)			|_.|_.|_.|_.|_.|		|_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non
Conjoint/ pacsé/ concubin (bénéficiaire 2)			|_.|_.|_.|_.|_.|		|_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 3			|_.|_.|_.|_.|_.|		☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 4			|_.|_.|_.|_.|_.|		☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 5			|_.|_.|_.|_.|_.|		☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 6			|_.|_.|_.|_.|_.|		☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_|_.|_.|_.|_.|_.|_.|_|	|_|_.|_.|_.|_.|_|	☐ Oui ☐ Non

Régime obligatoire de l'adhérent ☐ général ☐ local (4) ☐ autre . . . . . / du conjoint ☐ général ☐ local (4) ☐ TNS/PI ☐ autre . . . . . .

(1) Féminin = F – Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez : *Périodicité souhaitée : Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐*

Jour souhaité : le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 ☐ le 20 ☐ (Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

JUSTIFICATIFS À FOURNIR Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- si enfant de plus de 20 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations,
- si le mode de paiement « prélèvement » est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion. Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance selon les garanties souscrites :

- des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information du contrat collectif signé entre la mutuelle et le souscripteur,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services et, le cas échéant de celle résumant les conditions générales du contrat de protection juridique Harmonie Protection Juridique, contrats souscrits par la mutuelle au bénéfice de ses membres respectivement auprès de Ressources Mutuelles Assistance et de CFDP Assurances.

et en accepter tous les termes.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion.

Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux ☐ et téléphone ☐, sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données — Data Protection Officer — de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle — Service DPO — 29 quai François Mitterrand — 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy — TSA 80715 — 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

1er exemplaire pour la mutuelle
2e exemplaire pour l'adhérent

Fait le . . . . . .

Signature de l'adhérent

Pour toute question,

venez nous rencontrer en agence
ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473 , numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris.
Harmonie Santé Services est assurée par Ressources Mutuelles Assistance, Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500OYZ86NRBOATRB28. Siège social : 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou cedex. Harmonie Protection Juridique est assurée par **CFDP Assurances**, siège social : Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 Lyon. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €. Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B. Numéro LEI 969500ZWOFLQF852NM39.

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV
AVANÇONS collectif

PARAGRAPHE *Imageur* – 1850A–1019_CSBA