

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ

Entreprises relevant du champ professionnel
BOIS et TRAVAUX FORESTIERS

- Affiliation Date d’effet : / / N° Contrat :
 Modification Date d’effet : / /
 Modifications administratives (avec justificatifs) Ajout ou radiation d’ayants droit Changement d’options

À remplir par l’employeur

Raison Sociale : SIRET :

Niveau de couverture souscrite par l’entreprise : Socle national Régime 1 Régime 2

Bénéficiaires : Couverture obligatoire du SEUL SALARIÉ

Couverture obligatoire du SALARIÉ et de ses AYANTS DROIT

Structure tarifaire : Salarié - Famille Adulte - Enfant Tarif unique Familial

1 INFORMATIONS SALARIÉ

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Régime : Régime MSA Régime Local Alsace Moselle

Date d’entrée dans l’entreprise : / /

Téléphone : Adresse e-mail :

N° de Sécurité sociale : Date de naissance : / /

Situation de famille : Marié(e), Pacsé(e), Concubin(e) Célibataire, Veuf(ve), Divorcé(e)

Télétransmission Noémie de vos décomptes entre votre caisse et votre mutuelle : OUI NON

2 NIVEAU DE COUVERTURE

En complément de la structure de cotisations et des garanties souscrites par votre employeur à titre obligatoire, vous pouvez renforcer cette garantie et/ou l’étendre à vos ayants droit :

Je souhaite affilier mes ayants droit

Je souhaite améliorer mes garanties en souscrivant au : Régime 1 Régime 2

Régime souscrit à titre obligatoire par l’entreprise :	Socle national		Socle national à titre obligatoire				Régime 1 à titre obligatoire	
	Tarifs Base		Régime 1		Régime 2		Régime 2	
	MSA	Local	MSA	Local	MSA	Local	MSA	Local
Cotisations TTC ACTIFS 2020								
Salarié obligatoire – Famille facultative								
Salarié seul	32.82 €	25.62 €	+ 8.82 €	+ 5.54 €	+ 13.12 €	+ 8.50 €	+ 5.56 €	+ 3.36 €
Conjoint à adhésion facultative	36.20 €	27.16 €	+ 9.66 €	+ 4.08 €	+ 13.82 €	+ 7.02 €	+ 4.42 €	+ 3.00 €
Enfant à adhésion facultative*	20.20 €	11.66 €	+ 1.80 €	+ 3.98 €	+ 3.58 €	+ 5.18 €	+ 1.76 €	+ 1.32 €
Salarié – Famille obligatoire								
Salarié seul	32.82 €	25.62 €	+ 8.82 €	+ 5.54 €	+ 13.12 €	+ 8.50 €	+ 5.56 €	+ 3.86 €
Famille à adhésion obligatoire	80.64 €	60.50 €	+ 27.72 €	+ 15.22 €	+ 38.88 €	+ 22.36 €	+ 14.66 €	+ 8.96 €
Adulte – Enfant obligatoire								
Salarié seul	32.82 €	25.62 €	+ 8.82 €	+ 5.54 €	+ 13.12 €	+ 8.50 €	+ 5.56 €	+ 3.36 €
Conjoint à adhésion obligatoire	32.82 €	25.62 €	+ 8.82 €	+ 5.54 €	+ 14.96 €	+ 8.50 €	+ 6.48 €	+ 3.36 €
Enfant à adhésion obligatoire*	19.06 €	13.68 €	+ 2.88 €	+ 2.08 €	+ 4.66 €	+ 3.26 €	+ 2.04 €	+ 1.38 €

Tarif unique Familial

75.50 €

58.86 €

+ 21.80 €

+ 18.50 €

+ 30.70 €

+ 23.90 €

+ 12.20 €

+ 8.26 €

* gratuité à partir du 3^{ème} enfant

3

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Code SS ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾	
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

À compléter si le régime obligatoire couvre les membres de la famille ou si vous avez souscrit à l'option « Affilier mes ayants droit ». Si vous choisissez d'étendre la couverture à vos ayants droit, ils bénéficieront alors de la même couverture que vous (couverture obligatoire mise en place par votre employeur et, le cas échéant, l'option que vous avez choisie).

(1) Lien de parenté : (E) Enfant ou (C) Conjoint (2) Code SS : 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Travailleur indépendant - 4 : Autre
(3) Télétransmission des décomptes : cocher « Oui » ou « Non »

IMPORTANT :

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de Tiers Payant.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Adhérent	Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie. Livret de famille, s'il y a des enfants non à charge au sens de la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. Pour les options facultatives : une autorisation de prélèvement SEPA.
Conjoint, concubin, partenaire de PACS	Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie s'il est lui-même assuré social. Justificatif de vie commune ou convention de PACS.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale pour les enfants de moins de 16 ans et sous conditions de 16 à 18 ans	Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours.
Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie.
Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi	Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie.

Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Sécurité sociale)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).
Enfant en contrat d'insertion professionnelle	Contrat de travail.

La mutuelle se réserve par ailleurs le droit de réclamer tout autre pièce justificative complémentaire. Un justificatif sera demandé chaque année avant l'édition des cartes de Tiers Payant pour les enfants âgés entre 16 et 26 ans.

4 MODALITÉS DE PAIEMENT ET REMBOURSEMENTS

Cotisations : Ma cotisation sera prélevée le 5 de chaque mois sur le compte dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Prestations : Je souhaite que les prestations soient virées sur le même compte bancaire (coordonnées ci-dessous) :

Oui Non, je joins un autre Relevé d'Identité Bancaire du compte qui recevra le versement des prestations

Cochez la case de votre choix

5 FORMALITÉS

J'atteste l'exactitude des données personnelles fournies et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation administrative ou familiale.

Fait à :

Le :

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature du représentant légal

6 À RETOURNER À :

HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,

Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 538 518 473

Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57

Siège Social : 143, rue Blomet 75015 PARIS



Les mutuelles co-assureurs sont représentées par la Mutuelle Ociane Matmut qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité d'apériteur. Mutuelle Ociane Matmut, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité immatriculée sous le numéro 434 243 085. Siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux cedex, agréée par les branches 1, 2, 20 et 21, agissant en coassurance avec ses mutuelles partenaires.

Assureur de la garantie santé : XXXXXX
Mentions DPO : XXXXXX