

VEILLEZ À COMPLÉTER LA PRÉSENTE DEMANDE ET À L'ADRESSER À VOTRE MUTUELLE.

Cette Fiche Conseil vise à vous orienter dans le choix de votre contrat d'assurance. Il ne constitue pas un engagement de votre part et n'engage pas l'assureur. Les préconisations sont données à titre indicatif. Pour connaître vos droits et obligations issus du contrat, vous devez vous reporter aux dispositions contractuelles qui vous seront remises lors de votre adhésion (notamment la notice d'information).

LES INFORMATIONS QUI VOUS CONCERNENT

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage (d'époux) : _____

Prénom : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

Régime de la sécurité Sociale : GENERAL ALSACE MOSELLE Refus télétransmission

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

VOTRE DERNIER EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

N° SIRET : _____ Ville : _____

MA QUALITÉ DE SOUSCRIPTEUR

Ancien(ne) salarié(e) Ayant droit de l'ancien(ne) salarié(e) Ayant droit salarié(e) décédé(e)

DATES :

Fin du contrat de travail : _____ de retraite : _____ décès de l'ancien(ne) salarié(e) : _____

VOS BESOINS ET NOTRE CONSEIL

Vous êtes (ou vous étiez depuis moins de six mois) assuré par un contrat collectif frais de santé, soit en qualité de salarié par votre ancien employeur, soit en qualité d'ayant droit du salarié couvert au titre de son emploi. Le niveau de cette garantie frais de santé répond à ce jour à vos besoins de couverture frais de santé, tant pour vous-même que pour vos ayants droit le cas échéant, et vous souhaitez continuer à en bénéficier.

L'adhésion au contrat proposée ci-après vous permet de bénéficier de la même garantie que celle retenue lors de votre période d'activité.

Le montant de la cotisation mensuelle est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires ou de l'activité de l'ancien salarié en qualité d'ayant droit et de votre situation : assuré seul / conjoint / enfant.

Aussi précis que soient nos informations et notre conseil, il est très important que vous lisiez attentivement la notice d'information de votre contrat d'assurance qui vous sont remises au moment de votre affiliation et qui constituent le document juridique contractuel exprimant les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur. Votre besoin pouvant évoluer dans le temps, nous vous invitons, à vérifier la bonne adaptation de votre contrat à vos besoins.

LA DEMANDE D'ADHESION

Après avoir pris connaissance de la situation exposée ci-dessus, je reconnais être informé(e) de l'intérêt de souscrire au contrat sélectionné et des garanties associées à ce contrat, pour lesquels un exemplaire de la notice d'information m'a été remis. Cette offre répond bien à mes attentes et je souhaite par conséquent y souscrire en conservant le niveau de couverture préalablement souscrit.

Conformément à l'article 4 de la loi 89-1009 du 31/12/1989 et à ses décrets d'application, j'ai bien pris note que la cotisation me concernant correspond à celle en vigueur pour les salariés actifs au jour de la rupture du contrat de travail, (parts salariale et employeur cumulées) et ce la première année d'adhésion.

Elle évoluera chaque année conformément auxdits décrets d'application et aux décisions prises par l'assureur, pour l'ensemble des contrats frais de santé de même nature sans pouvoir être : supérieure à 125 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 2^{ème} année d'adhésion, supérieure à 150 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 3^{ème} année d'adhésion, inférieure à 150% de la cotisation des salariés actifs à compter de la 4^{ème} année d'adhésion.

TARIFS

REGIME GENERAL APRES 01/07/17 Taux 2020	BASE PRIME			CONFORT (Facultatif) Cotisation additionnelle au régime BASE PRIME			CONFORT + (Facultatif) Cotisation additionnelle au régime BASE PRIME		
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année
	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS
Ex salarié	1,301	1,626	1,952	0,435	0,544	0,653	0,702	0,878	1,053
Conjoint	2,226	2,226	2,226	0,733	0,733	0,733	1,256	1,256	1,256
Enfant	0,820	0,820	0,820	0,209	0,209	0,209	0,314	0,314	0,314
Conjoint d'un salarié décédé	Gratuit	1,301	1,301	0,435	0,435	0,435	0,702	0,702	0,702
Enfant d'un salarié décédé	Gratuit	0,767	0,767	0,196	0,196	0,196	0,293	0,293	0,293

REGIME ALSACE MOSELLE APRES 01/07/17 Taux 2020	BASE PRIME			CONFORT (Facultatif) Cotisation additionnelle au régime BASE PRIME			CONFORT + (Facultatif) Cotisation additionnelle au régime BASE PRIME		
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année
	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS
Ex salarié	0,844	1,055	1,266	0,435	0,544	0,653	0,702	0,878	1,053
Conjoint	1,446	1,446	1,446	0,733	0,733	0,733	1,256	1,256	1,256
Enfant	0,534	0,534	0,534	0,209	0,209	0,209	0,314	0,314	0,314
Conjoint d'un salarié décédé	Gratuit	0,844	0,844	0,435	0,435	0,435	0,702	0,702	0,702
Enfant d'un salarié décédé	Gratuit	0,499	0,499	0,196	0,196	0,196	0,293	0,293	0,293

Pour les années suivantes : elle évoluera chaque année conformément auxdits décrets d'application et aux décisions prises par l'assureur, pour l'ensemble des contrats frais de santé de même nature sans pouvoir être : supérieure à 125 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 2^{ème} année d'adhésion, supérieure à 150 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 3^{ème} année d'adhésion, inférieure à 150% de la cotisation des salariés actifs à compter de la 4^{ème} année d'adhésion.

MES BÉNÉFICIAIRES

Nom de vos ayants droit	Prénom	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), postal ou de Caisse d'Epargne (RICE) pour le versement de vos prestations.
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations par prélèvement sur votre compte bancaire.
- Les photocopies de vos attestations Sécurité sociale pour chaque assuré.
- Les certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans.

DATE D'EFFET SOUHAITE DE MON CONTRAT = 01/_____/20 ____

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus de réflexion suivant la date d'effet pour exercer mon droit de renonciation.

À cette fin et pour obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée, il me suffit d'adresser dans ce délai à votre mutuelle - une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je soussigné(e), ayant le n° Sécurité sociale, déclare renoncer à la souscription du contrat individuel frais de santé n° ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier. Toutefois, si des prestations m'ont été accordées, elles devront être préalablement et intégralement restituées. En tout état de cause, je serais indemnisé selon le niveau de garantie choisi et dans la limite du reste à charge.

- Je reconnais avoir reçu en même temps que la proposition un exemplaire de la notice d'information et de la grille de prestations et des tarifs en vigueur à la date de ma demande d'adhésion.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées à la présente demande d'adhésion.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

DOCUMENTS À RETOURNER À :

« Dans le cadre de votre adhésion vous confiez à Harmonie Mutuelle – Groupe VYV des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 26 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.harmonie-mutuelle.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager leurs données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel leurs données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à leurs données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont ils disposent sur leurs données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour s'en prévaloir, y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de leurs données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Ils disposent du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et ils peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de leurs droits sur les traitements de données personnelles effectués par Harmonie Mutuelle – Groupe VYV, ils peuvent contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant leur demande d'une copie d'un titre d'identité comportant leur signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : Harmonie Mutuelle – Groupe VYV, Service DPO, 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2.

«Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.»

Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence, ou sur notre site internet : www.harmonie-mutuelle.fr

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.»



HARMONIE MUTUELLE – GROUPE VYV

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculée sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
Harmonie Mutuelle – Groupe VYV, Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 NANTES Cedex 2 - Par mail : dpo@harmonie-mutuelle.fr