

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ au régime Frais de santé

Affiliation Date d'effet :

Modification Date d'effet :

Modifications administratives*

Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit

Changement d'options

*sous réserve de la production des justificatifs prévus

1 INFORMATIONS

Relatives au salarié

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date d'entrée dans l'entreprise : E-mail : @.....

Téléphone :

N° de Sécurité sociale : Date de naissance :

Catégories : Cadre Non Cadre

Relatives à votre employeur

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse : N° de contrat et/ou SIREN :

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise

Base conventionnelle Base conventionnelle + Option 1 Base conventionnelle + Option 2

2 NIVEAU DE COUVERTURE

En complément des garanties souscrites par votre employeur, vous pouvez étendre cette garantie à vos ayants droit et/ou la renforcer en cochant la case désirée.

Si vous étendez le régime de base conventionnelle à vos ayants droit, la sur-complémentaire choisie pour vous-même s'appliquera obligatoirement aux ayants droit sélectionnés.

		L'employeur a souscrit la base conventionnelle		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 1		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 2	
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Extension aux ayants droit	Conjoint concubin pacsé	<input type="checkbox"/> 1,61% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,97% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,93% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,29% PMSS	<input type="checkbox"/> 2,28% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,64% PMSS
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 ^e)	<input type="checkbox"/> 0,73% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,44% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,89% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,60% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,06% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,77% PMSS
Souscription d'une sur-complémentaire Option 1 ou Option 2	Salarié	<input type="checkbox"/> Option 1 : 0,35% PMSS <input type="checkbox"/> Option 2 : 0,74% PMSS		<input type="checkbox"/> Option 2 : 0,39% PMSS			
	Conjoint concubin pacsé	Option 1 : 0,35% PMSS Option 2 : 0,74% PMSS		Option 2 : 0,39% PMSS			
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 ^e)	Option 1 : 0,18% PMSS Option 2 : 0,36% PMSS		Option 2 : 0,18% PMSS			

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

■ La cotisation correspondante (à compléter) :

Extension ayants droit% PMSS + sur-complémentaire choisie% PMSS =% PMSS
est à votre charge et sera prélevée sur votre compte bancaire en début de mois. A cet effet, vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOÉMIE ⁽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

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non"

IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur : oui non

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires.

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 d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin 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. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
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 d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à.....

le

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par Harmonie Mutuelle et MGEN. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Les données « téléphone, 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 et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisés aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées 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 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 (DPO) - de la Mutuelle auprès de laquelle le contrat a été souscrit, dont les coordonnées vous sont communiquées ci-après. Vous devez joindre 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). Harmonie 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

MGEN, assureur : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775685399. LEI 9695002XFDDIA8FN1325
Siège social: 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15

Harmonie Mutuelle, assureur, distributeur, gestionnaire : 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 n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

Chorum Conseil, distributeur : SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1 539 000 € - RCS Nanterre 833 426 851 - Répertoire Orias 170 073 20 Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff Responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances, sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L.520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande Capital social détenu à hauteur de 97 % par VYV Invest dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro Siren 839 314 242. Réclamation : Chorum Conseil - Service réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Médiation : le médiateur de l'assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09