



DEMANDE D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE AU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE

à adhésion facultative

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Adresse de correspondance si différente du siège social :

Code postal : Ville :

Effectif salarié : Forme juridique :

N° de SIRET/Contrat : Code NAF :

Relève du régime de Sécurité sociale suivant Général Alsace Moselle

IDENTIFICATION DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (EN LETTRES CAPITALES)

Nom : Prénom(s) :

Fonction :

Téléphone : E-mail :

Je soussigné, Mme / M agissant en qualité

de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des

renseignements et atteste que l'entreprise relève de la **CCN DES BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, DES CABINETS**

D'INGÉNIEURS CONSEILS ET DES SOCIÉTÉS DE CONSEILS

NIVEAU DE COUVERTURE

Par l'adhésion à cette surcomplémentaire non responsable facultative, vous donnez la possibilité à l'ensemble de vos salariés de renforcer leurs prestations en y souscrivant.

Date d'effet : .../.../.....

Le détail des prestations prévues au présent contrat est indiqué au **tableau des garanties non responsable**.

MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations mentionnées ci-dessous sont exprimées mensuellement.

Structure(s) de cotisations	COTISATION(S) CONTRACTUELLE(S)	
	RENFORT HOSPITALISATION quels que soient le(s) niveau(x) de couverture souscrit(s)	
	RG ⁽¹⁾	RL ⁽²⁾
Salarié + enfant(s) à charge	+ 1,75 €	+ 1,75 €
Conjoint	+ 1,50 €	+ 1,50 €

(1) Régime Général / (2) Régime Alsace Moselle

Les cotisations contractuelles seront revues selon les modalités prévues dans les conditions générales.

» DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION

Le bulletin d'adhésion doit être retourné à la mutuelle accompagné de :

- » L'extrait K Bis de l'entreprise ;
- » La liste du personnel ;
- » Les bulletins individuels d'affiliation des salariés dûment complétés et signés.

Vous déclarez avoir pris connaissance et signé le devoir d'information et de conseil préalablement à la présente demande d'adhésion.

Vous déclarez avoir reçu le résumé des garanties proposées à la souscription, le(s) document(s) d'information normalisé(s) sur le produit d'assurance, les conditions générales et certifiez avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ce document.

Vous certifiez sincères et valables les indications données dans cette demande d'adhésion.

» FORMALITÉS

Nom du signataire :

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

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 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 utilisées 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, 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).