

**CCN DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE**  
**IDCC N° 489 - DU 9 JANVIER 1969**



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyy**

AVANÇONS collectif

**CONTRACT COLLECTIF RÉGIME FRAIS  
DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE  
BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ**

Cadre réservé à la Mutuelle

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

AFFILIATION : Date d’effet .... / .... / 20.... MODIFICATION\* : Date d’effet .... / .... / 20....

\*Modification administrative (sous réserve de la production des justificatifs prévus) Ajout / radiation d’ayant(s) droit Changement d’option

**INFORMATIONS**

**IDENTIFICATION ENTREPRISE**

Raison sociale : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de SIRET : .....|.....|.....|.....

**IDENTIFICATION SALARIÉ**

Nom (en majuscule) : .....

Nom de naissance (en majuscule) : .....

Prénom(s) (en majuscule) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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

Je souhaite recevoir par voie électronique les informations et les services et solutions d’Harmonie Mutuelle : • Par E-mail :  Oui  Non  
• Par SMS :  Oui  Non

Numéro de Sécurité sociale : ..... Date de naissance : .....

Régime obligatoire :  Général  Local

Catégories\* :  Cadres : salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

Non Cadres : OETAM hors article 4 bis CCN47

Ensemble du personnel

Date d’entrée dans l’entreprise : .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié-e  Pacsé-e  Divorcé-e  Veuf-ve

**Garanties obligatoires souscrites par l’entreprise\***

Base Conventionnelle  Base Conventionnelle + option 1  Base Conventionnelle + option 2

**RÉFÉRENCES À RAPPELER SI DÉJÀ ADHÉRENT**

N° de gestion de contrat : .....

N° de groupe assurés : ..... N° d’adhérent : .....

**GARANTIES FACULTATIVES SOUSCRITES**

En complément des garanties souscrites par votre employeur vous pouvez :

- étendre cette garantie à vos ayants droit\* :  OUI  NON

- améliorer vos garanties en souscrivant à une option d’un niveau supérieur (l’option choisie s’appliquera pour vous-même et le cas échéant à vos ayants droit pour lesquels vous aurez l’extension)\* :  OPTION 1  OPTION 2

Télétransmission Noémie : souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d’Assurance Maladie) et votre mutuelle\* :  OUI  NON

La cotisation des options facultatives est à votre charge et sera appelée selon les modalités choisies par votre employeur. Dans le cas où l’entreprise n’assure pas le précompte des cotisations des améliorations facultatives, vous devez joindre un mandat SEPA dûment complété et signé.

Si prélèvement sur le compte bancaire précisez\* :

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

Périodicité souhaitée : mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

## » IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

» Pour l'affiliation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous

Nom	Prénom	Lien <sup>(1)</sup>	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang <sup>(2)</sup>	Connexion NOEMIE <sup>(3)</sup>
			.....	.....		<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) Noémie: Télétransmission des décomptes vers votre caisse de Sécurité sociale - Cocher la case OUI ou NON

### IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il 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.

\* Cocher la case correspondante

## » FORMALITÉS

» photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie de moins de 3 mois pour chaque assuré. Vous pouvez la télécharger directement sur votre compte ameli, en faire la demande directement auprès de votre caisse ou 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 dans les documents ci-dessous et en accepter tous les termes :**

- des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information dédiée à la ccn des industries du cartonnage

**et en accepter les termes.**

Fait à : .....

Le : .....

Signature du salarié

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

## » À RETOURNER À

.....

.....

.....

### PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE 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). Vous serez avisé des informations et des services et solutions d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace Harmonie à Moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-après. 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 à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée. 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](http://www.cnil.fr)).

