



RÉGIME FRAIS DE SANTÉ BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ À LA SURCOMPLÉMENTAIRE «NON RESPONSABLE»

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

Niveau de garanties SURCOMPLEMENTAIRE : le salarié pourra prétendre à la surcomplémentaire non responsable sous couvert d’être affilié à l’option 2 que ce soit par le biais du contrat collectif obligatoire ou en tant qu’option.

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 :

Fait à :

Le :

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

» SURCOMPLÉMENTAIRE CHOISIE PAR LE SALARIÉ

Si le régime obligatoire couvre la BASE + OPTION 2, ou si vous avez pris l'OPTION 2 à titre individuel proposée par l'accord frais de santé vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant à cette surcomplémentaire dont les cotisations sont présentées en différentiel par rapport à l'option 2 ;

Je souhaite AMÉLIORER MES GARANTIES en souscrivant à cette surcomplémentaire non responsable.

Ce choix vaut pour vous même ainsi que pour vos ayants droit inscrits sur votre régime de base. Les taux de cotisation indiqués au verso seront prélevés mensuellement d'avance par Harmonie Mutuelle sur votre compte bancaire pour vous-même et/ou pour vos ayants droit.

* Cette surcomplémentaire ne respectant pas le cahier des charges des contrats dits « responsables » du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, elle est taxée à 20,27% au lieu de 13,27% (taxes incluses aux montants des cotisations).

» PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

» Si le régime couvre la BASE + OPTION 2, retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée du mandat SEPA

» IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

SI L'OPTION 2 est souscrit à titre individuel :

Les cotisations de la surcomplémentaire non responsable seront prélevées selon les mêmes modalités que les cotisations de l'option 2.

Si le régime couvre la BASE + OPTION 2 :

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez :

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

Périodicité souhaitée : Mensuel Trimestriel Semestrielle Annuelle

	Cotisation en % du PMSS en complément de l'option 2
Salarié	+ 0,07 %
Conjoint	+ 0,07 %
Enfant (gratuité à compter du 3ème enfant)	+ 0,04 %

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le PMSS est revalorisé au 1er janvier de chaque année par arrêté ministériel et son montant est disponible sous <http://www.pmss.fr/>

Cette surcomplémentaire ne respectant pas le cahier des charges des contrats dits « responsables » du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, elle est taxée à 20,27% au lieu de 13,27% (taxes incluses aux montants des cotisations)

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,
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information « surcomplémentaire non responsable ».

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation.

» FORMALITÉS

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).