

# Bulletin d'adhésion

## Chef d'exploitation non salarié

N° du contrat : | | | | | | | | | | | | | | | |

### 1 COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

Je soussigné(e), Mme , M.  <sup>(1)</sup>

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | | Commune \_\_\_\_\_

Tél. | | | | | | | | | | | |

E-mail \_\_\_\_\_

**Date d'effet de l'adhésion** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_Situation du chef d'exploitation : Gérant(e)  PDG  Autre (préciser)  \_\_\_\_\_Situation familiale<sup>(1)</sup> : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vit maritalement  Pacsé(e) 

Réservé à la mutuelle

N° d'adhérent | | | | | | | | | | | | | | | |

Cachet de l'entreprise

**OBLIGATOIRE**

### 2 ADHÉSION À LA SURCOMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE : Oui Non

### 3 INFORMATIONS CONCERNANT LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) :

**Informations concernant les bénéficiaires** (voir les justificatifs à fournir)

	Nom / Prénom	Date de naissance	Sexe <sup>(4)</sup>	N° régime obligatoire	Réservé à la Mutuelle
Chef d'exploitation	_____				_____
	Nom de naissance _____			Organisme d'affiliation <sup>(2)</sup>	
Conjoint/pacse/concubin	_____				_____
	Nom de naissance _____			Organisme d'affiliation <sup>(2)</sup>	
Enfants ou autres personnes à charge <sup>(3)</sup>	_____				_____
	Nom de naissance _____			Organisme d'affiliation <sup>(2)</sup>	
	_____			Idem chef de famille <input type="checkbox"/> Idem conjoint <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	_____
	_____			Idem chef de famille <input type="checkbox"/> Idem conjoint <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	_____
	_____			Idem chef de famille <input type="checkbox"/> Idem conjoint <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	_____

#### Pièces à joindre impérativement à l'adhésion :

- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- une photocopie de l'attestation papier d'assuré social récente pour chacun des bénéficiaires du contrat,
- un justificatif de la situation des enfants à charge de plus de 20 ans<sup>(3)</sup>.

#### Je déclare avoir pris connaissance des documents contractuels qui m'ont été remis préalablement à la souscription du contrat

(1) Cocher la situation correspondante (2) Recopier les codes de la zone "organisme d'affiliation" ou "organisme gestionnaire" figurant sur votre Attestation Vitale (3) Joindre le justificatif de la situation des enfants de plus de 20 ans : certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, inscription à Pôle Emploi, contrat de professionnalisation, etc. (4) Féminin = F, Masculin = M

Je certifie mes déclarations sincères et véritables.

Fait en triple exemplaire à : \_\_\_\_\_ ,

le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature**

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 trai-

tements, 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 Fontenay — TSA 80715 — 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).



