

1 INFORMATIONS Relatives à l'employeur (à remplir par l'employeur)

- Affiliation** Date d'effet : _____
- Congé parental*** Date de début du congé : _____ Date de fin du congé : _____
- En contrat d'apprentissage ou de professionnalisation **** Date de début : _____ Date de fin : _____
- Suspension du contrat de travail non indemnisée** Date de début : _____ Date de fin : _____
(hors congés parentaux)

* La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit le bénéfice du maintien pendant un an du régime obligatoire de l'entreprise à titre gratuit pour les salarié(e)s en congé parental à temps plein (comme défini au sein de l'article 4 de l'Accord de Branche).

** La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit la prise en charge de la part de cotisation obligatoire des salariés en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pendant la durée de leur période d'alternance qui ne peut excéder 3 ans.

Raison sociale de l'entreprise

Adresse

N° de contrat et/ou SIRET

Régime obligatoire choisi par votre établissement Base A Niveau B Niveau C Niveau D

Relatives au salarié (à remplir par le salarié)

- Modification** Date d'effet : _____
- Modifications administratives*** Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit Changement d'option
*sous réserve de la production des justificatifs prévus Changement de RIB Changement d'adresse
- Nom Nom de naissance Prénom
- Adresse
- Code postal _____ Ville
- Date d'entrée dans l'entreprise _____
- E-mail (en majuscule)
- J'accepte de recevoir par mail ou sms des informations sur la vie de mon contrat et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.
- Tél. _____ Tél. portable _____
- N° de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____
- Situation familiale Célibataire Concubin(e) Pacsé(e)* Marié(e)* * non divorcé ou non séparé de corps judiciairement

2 MONTANT DES COTISATIONS (pourcentage du PMSS⁽¹⁾)

Si vous étendez le régime de base conventionnelle à vos ayants droit, le régime optionnel choisi pour vous-même s'appliquera obligatoirement aux ayants droit sélectionnés conformément à la notice d'information que doit vous remettre votre employeur.

		Si Base A		Si Niveau B		Si Niveau C		Si Niveau D	
en % PMSS		RG*	RL**	RG*	RL**	RG*	RL**	RG*	RL**
	Famille régime obligatoire	1,77%	0,66%	2,91%	1,78%	3,47%	2,33%	4,10%	3,00%
Extension Niveau B	Famille	<input type="checkbox"/> + 1,27%	<input type="checkbox"/> + 1,27%						
Extension Niveau C	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,12%	<input type="checkbox"/> + 2,12%	<input type="checkbox"/> + 0,72%	<input type="checkbox"/> + 0,72%				
Extension Niveau D	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,94%	<input type="checkbox"/> + 2,84%	<input type="checkbox"/> + 1,41%	<input type="checkbox"/> + 1,41%	<input type="checkbox"/> + 0,59%	<input type="checkbox"/> + 0,59%		

(1) Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

NB : L'employeur prend en charge au moins 50% de la cotisation du régime obligatoire dans l'entreprise.

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit le bénéfice du maintien pendant un an du régime obligatoire de l'entreprise à titre gratuit pour les salarié(e)s en congé parental à temps plein ainsi que la prise en charge de la part de cotisation obligatoire pour les salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation, pendant la durée de leur période d'alternance qui ne peut excéder 3 ans (comme défini au sein de l'article 4 de l'Accord de Branche).

La cotisation relative au niveau supérieur souscrit à titre facultatif sera prélevée sur votre compte bancaire.

*RG : Régime général **RL : Régime Local Alsace Moselle

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° Sécurité sociale	Date naissance	Connexion NOEMIE ⁽¹⁾
					<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

BENEFICIAIRES ENFANTS INVALIDE/HANDICAPE (2)

					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Télétransmission des décomptes : cocher <oui> ou <non> (2) : joindre tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente, notamment la carte d'invalidité ou une attestation de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

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 d'Instance 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 28 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'alternance (d'apprentissage, de professionnalisation).	Photocopie du contrat d'alternance (d'apprentissage, de professionnalisation) 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 tout document de reconnaissance de l'état de handicap, notamment la carte d'invalidité ou une attestation 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 requis pour les cas d'affiliation et de congé parental.

5 À RETOURNER À :

Informatique et Libertés

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).

Harmonie Mutuelle, 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 969500JLU5ZH89G4TD57.
 Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Harmonie mutuelle

GRUPE vyv



AVANÇONS collectif