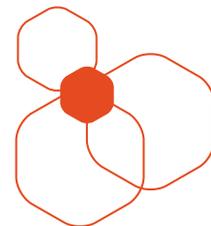


# Bulletin d'adhésion salarié



Dans le cadre de l'accord départemental d'assurance complémentaire frais de santé du 19 juin 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations agricoles de l'Orne.

**Nous sommes à votre disposition au 0 980 980 048** (appel non surtaxé)  
**pour vous aider à remplir ce formulaire.**

## Cadre réservé à l'entreprise

Nom de l'entreprise .....

Adresse .....

Date d'effet (date d'adhésion) |\_\_| |\_\_| |\_\_|

CDI : Date de début de contrat |\_\_| |\_\_| |\_\_|

CDD : Date de début de contrat |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Durée du contrat ou date de fin de contrat .....

Cachet de l'entreprise

## Vous êtes affiliés au régime de base de l'accord régional d'assurance complémentaire frais de santé: comment faire ?

1. Remplissez ce bulletin d'affiliation en indiquant toutes les personnes qui seront prises en charge (voir au verso).
2. Remplissez, le cas échéant, le mandat de prélèvement SEPA.
3. Joignez un relevé d'identité bancaire ou postale.
4. Datez et signez ces documents.
5. Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale, ainsi que celle de votre conjoint si nécessaire.

Pour les salariés nouvellement embauchés qui souhaitent bénéficier de l'accord, joindre les justificatifs nécessaires à l'adhésion (feuille de paie, certificat de travail...).

## Dossier du salarié

Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Date de naissance |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Adresse .....

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

Tél. .... E-mail .....

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.

Profession du salarié .....

Situation de famille  célibataire  marié(e)  union libre  veuf(ve)  séparé(e)  divorcé(e)

N° du régime obligatoire |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| Clé |\_\_|

## Zone réservée à Harmonie Mutuelle

N° famille ..... N° usager .....

N° groupement ..... Date d'affiliation ..../..../..

Code INSEE |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| Prélèvement (0/1) .....

Type |\_\_| |\_\_| CSP |\_\_| |\_\_| Stage ..../..../..

Appel .....

Date recouvrement ..../..../..

**N'oubliez pas de signer votre bulletin d'affiliation au verso.** ☺☺☺



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre vie

