

# Bulletin d'adhésion salarié

Conformément à l'accord complémentaire frais de santé du 15 juillet 2009, les salariés non cadres doivent adhérer, sauf cas de dispense prévu dans l'accord.

## Pour vous aider à remplir ce formulaire :

La plate-forme dédiée aux salariés à votre disposition au : **0980 980 048** (appel non surtaxé)

### 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 affilié 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 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.

### 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)

Adresse de votre caisse primaire d'Assurance maladie : .....

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

### Vous choisissez de souscrire à la garantie optionnelle (à la charge exclusive du salarié)

oui  non *Si oui* :  option 1  option 2

### Vous choisissez d'inscrire votre famille (à la charge exclusive du salarié)

oui  non (voir au dos)

### 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 ..../..../..



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre vie

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

## Bulletin d'adhésion : indiquez ici les membres de votre famille qui bénéficieront avec vous des garanties

**Conjoint** Votre conjoint adhère-t-il avec vous ?  oui  non

**Si non** Indiquez sa mutuelle .....

**Si oui** Nom ..... Prénom .....

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

Profession ..... Employeur .....

Régime obligatoire  général  MSA  autres .....

Adresse de sa caisse primaire d'Assurance maladie .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

J'autorise le transfert d'informations entre le Régime Obligatoire et la mutuelle afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE)

### 1<sup>er</sup> enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi<sup>(2)</sup> .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

### 2<sup>e</sup> enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi<sup>(2)</sup> .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

### 3<sup>e</sup> enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi<sup>(2)</sup> .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

### 4<sup>e</sup> enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi<sup>(2)</sup> .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

### 5<sup>e</sup> enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi<sup>(2)</sup> .....

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | |<sup>(1)</sup>

(1) Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale.

(2) S'il a plus de 16 ans, indiquez sa profession ou s'il est étudiant, apprenti ou au chômage.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif. Ces informations pourront être également communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion. Seules les informations « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif.

Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre.

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de nos obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Conformément à l'article L. 223-1 du code de la consommation, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Pour plus d'informations, consultez le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Signature de l'adhérent

Fait à ..... le .....

Renvoyer le présent bulletin d'adhésion et les éventuelles pièces jointes à l'adresse suivante (suivant votre département) :

**Pour les départements 44 - 49 - 79 - 85**

**Harmonie Mutuelle**

Centre de gestion

67 rue des Ponts de Cé - 49028 Angers cedex 01

**Pour les départements 22 - 29 - 35 - 53 - 56 - 72**

**Harmonie Mutuelle**

Centre de gestion

174 boulevard de Strasbourg - 76098 Le Havre cedex

