

## ☐ Bulletin d'adhésion

## ☐ Bulletin de modification

Nous sommes à votre disposition au

**0 980 980 880**

pour vous aider à remplir  
ce formulaire.

### Salariés des Ardennes, de l'Aube, de Haute-Marne et de la Marne

Conformément à l'accord régional complémentaire frais de santé du 3 juillet 2009, les salariés non cadres doivent adhérer pour eux et leur famille, sauf cas de dispense prévu dans l'accord.

#### 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) |...| |...| |...|

(si CDD à terme précis, indiquez la durée minimale s'il s'agit d'un CDD à terme imprécis).

Durée du contrat\* .....

\* Veuillez à informer Harmonie Mutuelle dès lors qu'une modification survient au cours du contrat et lors de la sortie des effectifs du salarié : les coordonnées figurent en bas au verso du document.

Cachet de l'entreprise

### **Vous êtes affilié au régime de base de l'accord 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 joint (si souscription de la garantie optionnelle).
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 et de vos enfants 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)

N° du régime obligatoire |...| |...| |...| |...| |...| |...| Clé |...|

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

☐ oui ☐ non

#### 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**

GRUPE vyv

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

indiquez ici les membres de votre famille qui bénéficieront avec vous des garanties

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

**Si oui** Nom ..... Prénom .....

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

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

Régime obligatoire ☒ général ☐ MSA ☐ autres .....

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)

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance

Emploi <sup>(2)</sup>

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

Nom ..... Prénom .....

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

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

Nom ..... Prénom .....

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

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

Nom ..... Prénom .....

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

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

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. S'il a plus de 20 ans, justificatif de sa situation (voir notice).

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

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).

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](mailto: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](http://www.cnil.fr)).

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent

**Renvoyer le présent bulletin d'adhésion  
et les éventuelles pièces jointes à l'adresse suivante :**

✶ **par courrier :** Harmonie Mutuelle

CS 40015 - 88198 GOLBEY Cedex

• **par mail :** ADMINCCNAGRI@harmonie-mutuelle.fr