

CCN DES ORGANISMES DE FORMATION

IDCC n° 1516

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ au Contrat collectif Frais de santé à adhésion obligatoire

N° de gestion du contrat (obligatoire)

N° de groupe assurés (obligatoire)

Pour connaître vos N° de gestion du contrat et de groupe d'assurés, veuillez prendre contact avec votre correspondant entreprise.

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

N° d'adhérent (réservé à la mutuelle)

Affiliation Date d'effet / / 20....

Modification Date d'effet / / 20....

Modifications administratives*

Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit Changement d'option Résiliation de la famille (motif à préciser)

* sous réserve de la production des justificatifs prévus

INFORMATIONS

Relatives au salarié

Civilité M. M^{me} Nom

Prénom

Adresse

Code postal |.....|

Commune

Tél. |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....|

Tél. portable |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....|

E-mail (en majuscule)

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.

Date d'embauche / /

Bénéficiaire d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois* Date de fin |.....|

*La solidarité mise en oeuvre par le régime professionnel de santé prévoit la prise en charge de la part salariale des cotisations des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois (article 9 de l'Accord de Branche).

Situation familiale Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Pacsé(e) séparé(e) de corps judiciairement

Relatives à votre employeur

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse :

N° de contrat et/ou SIREN :

NIVEAU DE COUVERTURE

En complément des garanties souscrites par votre employeur, vous pouvez étendre cette garantie à vos ayants droit et/ou la renforcer en cochant la case désirée.

Si vous étendez les garanties de base conventionnelles à vos ayants droit, la sur-complémentaire choisie pour vous même s'appliquera obligatoirement aux ayants droit couverts sur votre régime de base.

	Cotisations 2019* (à titre indicatif)			
	Régime de base (choisi par l'entreprise)		Option 1	Option 2
	Régime général	Régime Alsace-Moselle		
Salarié			0,38 %	0,66 %
Conjoint	Régime 1 : 1,23 % Régime 2 : 1,43 %	Régime 1 : 0,66 % Régime 2 : 0,84 %	0,38 %	0,66 %
Enfant**	Régime 1 : 0,70 % Régime 2 : 0,75 %	Régime 1 : 0,33 % Régime 2 : 0,41 %	0,18 %	0,39 %

Choix éventuel du salarié : Option 1
 Option 2

*En % du PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - Valeur 2019 : 3377 €

**Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

A cet effet, vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)
Adhérent (bénéficiaire 1)		
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)		
Enfant à charge Bénéficiaire 3			<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	
Enfant à charge Bénéficiaire 4			<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	
Enfant à charge Bénéficiaire 5			<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	
Enfant à charge Bénéficiaire 6			<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	

Régime obligatoire de l'adhérent général local (3) autre / du conjoint général local (3) TNS/PI autre
 (1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

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

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle. En cas de refus merci de cocher la case (préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner le ou les prénoms)

En cas de radiation définitive, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez : **Jour souhaité :** le 5 le 10 le 15 le 20 - (Sans précision, celui-ci sera effectué le 5 de chaque mois)
Périodicité souhaitée : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Justificatifs à fournir. Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- si enfant de plus de 21 ans poursuivant ses études dans l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris formation en alternance tels que contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage), ou inscrit à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi.

Fournir les justificatifs de la situation

- si enfant quel que soit leur âge percevant une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.

Fournir les justificatifs de la situation,

- un RIB joint pour le versement de vos prestations,

- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

Modalités d'adhésion à la mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion. Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance selon les garanties souscrites :

- des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information du contrat collectif signé entre la mutuelle et le souscripteur,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services.

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

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).

Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent Bulletin Individuel d'Affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant, qui m'auront été transmises.

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de la notice d'information « ORGANISMES DE FORMATION ».

Je ne souhaite pas recevoir les offres commerciales de l'Institution et de ses partenaires.

Fait le

Signature de l'adhérent

1^{er} exemplaire pour la mutuelle et 2^e exemplaire pour l'adhérent