

Affiliation Date d'effet : Modification Date d'effet :
 Modifications administratives* Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit Changement d'options

*sous réserve de la production des justificatifs prévus

1 INFORMATIONS (À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR)

Identification entreprise

Raison sociale :
 Adresse du siège social :
 Code postal : Ville :
 N° de SIRET/Contrat :

Identification salarié

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : E-mail : @.....
 N° de Sécurité sociale : Date de naissance :
 Catégories : Cadres : salariés affiliés à l'Agirc Non Cadres : salariés non affiliés à l'Agirc
 Cocher cette case, si le salarié est en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et préciser ci-après la date de fin dudit contrat :

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise

Base conventionnelle Base conventionnelle + Option 1 Base conventionnelle + Option 2

2 GARANTIES FACULTATIVES (À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ)

- En complément des garanties souscrites par votre employeur vous pouvez :
 - étendre cette garantie à vos ayants droits : oui non
 - les améliorer en souscrivant une option d'un niveau supérieur (l'option choisie s'appliquera pour vous même, et le cas échéant à vos ayants droits pour lesquels vous aurez retenu l'extension) : Option 1 Option 2

Garanties souscrites par l'entreprise	Garanties aux choix du salarié	COTISATION MENSUELLE ⁽¹⁾					
		Salarié		Conjoint, pacsé, concubin		Enfant ⁽²⁾	
		Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Base conventionnelle	Extension aux ayants droit	-	-	1,08% PMSS	0,48% PMSS	0,70% PMSS	0,34% PMSS
	Option 1	0,64% PMSS		0,73% PMSS		0,32% PMSS	
	Option 2	0,86% PMSS		0,99% PMSS		0,49% PMSS	
Base conventionnelle + Option 1	Extension aux ayants droit	-	-	1,69% PMSS	1,09% PMSS	0,97% PMSS	0,61% PMSS
	Option 2	0,22% PMSS		0,26% PMSS		0,17% PMSS	
	Extension aux ayants droit	-	-	1,91% PMSS	1,31% PMSS	1,11% PMSS	0,75% PMSS

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée par décret au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

⁽¹⁾ Cotisation exprimée pour le salarié en complément de la cotisation obligatoire de l'entreprise et pour les ayants droit en complément de la cotisation de l'extension du dispositif obligatoire mis en place par l'entreprise.

⁽²⁾ Gratuité à partir du 3^e enfant

- Ainsi, au titre des améliorations facultatives choisies ci-dessus, la cotisation s'élève à :
 Extension ayants droit% PMSS + sur-complémentaire choisie% PMSS =% PMSS
 Cette cotisation est à votre charge et sera appelée selon les modalités choisies par votre employeur. Dans le cas où l'entreprise n'assure pas le précompte des cotisations des améliorations facultatives, vous devez joindre un mandat 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	Lien (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang (2)	Connexion NOEMIE(3)
						<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

1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non"

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 de droit à l'assurance maladie Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
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 de droit de l'assurance maladie
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation de droit de l'assurance maladie du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours Photocopie de l'attestation de droit de l'assurance maladie
Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance Photocopie du dernier bulletin de salaire Photocopie de l'attestation de droit de l'assurance maladie
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 de droit de l'assurance maladie
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S5)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

FORMALITÉS

Fait à
le

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise
et signature de son représentant légal

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Les données « téléphone, 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 utilisés 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 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 (DPO) - de l'une des Mutuelles de l'Alliance auprès de laquelle le contrat a été souscrit, dont les coordonnées vous sont communiquées ci-après. Vous devrez joindre 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 : 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
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégue à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégue à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégue à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
- OCIANE - Groupe MATMUT - par mail à l'adresse dpo@matmut.fr ou par courrier postal adressé à « Groupe MATMUT à l'attention du Délégue à la Protection des Données - 66 rue de Sotteville - 76100 ROUEN »

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

À RETOURNER À :

.....



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

Le contrat est coassuré par Adréa Mutuelle, Apréva, Chorom, Eovi-Mcd mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutex et Mutuelle Ociane. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.