

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

☐ **AFFILIATION**

Date d'effet : | J | J | | M | M | | A | A | A | A |

☐ **MODIFICATION**

Date d'effet : | J | J | | M | M | | A | A | A | A |

☐ Modifications administratives* ☐ Ajout ou radiation d'ayants droit ☐ Changement d'option

* sous réserve de la production des justificatifs prévus

1 INFORMATIONS

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 : | J | J | | M | M | | A | A | A | A |

Régime obligatoire : ☐ Général ☐ Local

Catégorie* : ☐ Ensemble du personnel

Date d'entrée dans l'entreprise : | J | J | | M | M | | A | A | A | A |

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié-e ☐ Pacsé-e ☐ Divorcé-e ☐ Veuf-ve

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise*

☐ Régime conventionnel ☐ Régime conventionnel + option 1 ☐ Régime conventionnel + option 2

Références à rappeler si déjà adhérent

N° de gestion de contrat : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° de groupe assurés : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° d'adhérent : | | | | | | | | | | | | | | | |

2 GARANTIES FACULTATIVES SOUSCRITES

> En complément des garanties souscrites par votre employeur vous pouvez ⁽¹⁾ :

- étendre cette garantie à votre conjoint ⁽²⁾ : ☐ oui ☐ non

- étendre cette garantie à vos enfants ⁽³⁾ : ☐ oui ☐ non

> Télétransmission Noémie : souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et votre mutuelle* : ☐ oui ☐ non

> La cotisation des options facultatives 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.

> Si prélèvement sur le compte bancaire précisez* :

Jour souhaité : le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 ☐ le 20 ☐ (sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

Périodicité souhaitée : mensuelle ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle ☐

(1) Cocher la case correspondante

(2) Conjoint affilié à titre facultatif : Epoux ou épouse du salarié, même séparé de corps mais non divorcé à condition de ne pas exercer d'activité. Personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou Pacs) à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente.

(3) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour l'affiliation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOÉMIE ⁽³⁾
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non

(1) Lien de parenté (2) Rang de naissance (3) Noémie: Télétransmission des décomptes vers votre caisse de Sécurité sociale - Cocher la case OUI ou NON

IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il 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.

* Cocher la case correspondante

4 JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Assuré	> Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale > Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	> Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Concubin	> Copie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... > Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Partenaire de PACS	> Copie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal judiciaire > Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant à charge au sens fiscal	> Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 27 ans, étudiant	> Copie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours > Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant de moins de 27 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	> Copie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance > Copie du dernier bulletin de salaire > Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant de moins de 27 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi	> Copie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude > Copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi > Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	> Copie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

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 dans les documents ci-dessous et en accepter tous les termes :

- des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information du contrat collectif signé entre la mutuelle et le souscripteur.

5 FORMALITÉS

Fait à :

le :

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

6 À RETOURNER À

Protection des données à caractère personnel

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 ayant droits. 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 la case 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 ayant droits, 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 dispo-

sez 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).

CHORUM CONSEIL : courtier en assurance

SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€ - RCS Nanterre 833 426 851 - répertoire ORIAS 170 073 20 - Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L521-2 II 1°b - La liste des assureurs partenaires est fournie sur la fiche d'information conseil - Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242 - Réclamation : CHORUM CONSEIL - Service Réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff - Médiation: le service de médiation Medicycs est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi via le site internet www.medicycs-consommation.fr ou par voie postale : MEDICYS - 73, Boulevard de Clichy, 75009 - Paris.

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.