



Bulletin individuel d'affiliation du salarié

AFFILIATION

- CDD inférieur à 12 mois (salarié ou apprenti)*

MODIFICATION

○ Modifications administratives ○ Ajouts ou radiations d'ayant(s) droit

Changement d'option

pièces justificatives indiquées au verso. **La solidarité mise en oeuvre par le régime professionnel de santé prévoit la prise en charge totale ou partielle des cotisations de tout ou partie des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'accord déterminée d'une durée inférieure à 12 mois pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion (article 14.2 de l'Accord de Branche).*

Raison sociale de l'entreprise

Adresse du siège social

Code postal Ville

N° de Siret | . . . || . . . || . . . || . . .

Je soussigné(e), Mme / M agissant en qualité de

Je soussigné(e), Mme / M agissant en qualité de

ayant pouvoir pour engager l'entreprise, certifie avoir souscrit le régime suivant pour :

○ l'ensemble du personnel

Bénéficiaires : Couverture obligatoire du **SALARIÉ**

Niveau de garanties

○ BASE 1 ○ BASE 2 ○ BASE 3

Date d'effet de la présente affiliation : | . | . | . . . |

En cas de contrat de courte durée : Date de début | . | . | . . . |

Date de fin | | | | |

Fait à _____ Le | . | . | . . . |

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Nom (en majuscule) :

Nom de naissance (en majuscule) :

Prénom(s) (en majuscule) :

Adresse :

Code postal : | | Ville:

Téléphone : | . | . | . | . | . | E-mail (en majuscule)

Date de naissance : | . | . | . | . | . | . | Numéro de Sécurité sociale : | | . | . | . | . | . | . | . | . | . | .

Situation de famille : ☐ Marié(e), Pacsé(e) ou en concubinage ☐ Célibataire, Veuf(ve), Divorcé(e) ☐ Nb d'enfants à charge : . . .

Télétransmission Noémie : Souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d'assurance Maladie) et votre Mutuelle ☒ OUI ☐ NON

En fonction du régime obligatoire souscrit par votre entreprise, et en complément de celui-ci, vous pouvez améliorer vos garanties et/ou en faire bénéficier vos ayants droit, à titre individuel et facultatif.

La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante sera entièrement à votre charge. Elle sera prélevée mensuellement d'avance par la mutuelle sur votre compte bancaire.

→ LE RÉGIME SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR FIGURE EN PREMIÈRE PAGE (« RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT »).

- Le régime obligatoire ne couvrant que le « Salarié », vous pouvez l'étendre à vos ayants droit :

 Je souhaite **AFFILIER MES AYANTS DROIT**

- Si le régime obligatoire couvre la BASE 1, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant à la BASE 2 ou à la BASE 3 ;

- Si le régime obligatoire couvre la BASE 2, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant à la BASE 3 :

Ce choix vaut pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit (un seul et même niveau de couverture par famille).

☒ Je souhaite **AMÉLIORER MES GARANTIES** en souscrivant à : ☐ la BASE 2 ☐ la BASE 3

☐ Je ne souhaite pas souscrire d'option individuelle

Identification des bénéficiaires

→ À COMPLÉTER SI LE RÉGIME OBLIGATOIRE COUVRE LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU SI VOUS AVEZ SOUSCRIT À L'OPTION « AFFILIER MES AYANTS DROIT »

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ ⁽¹⁾	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SÉCURITÉ SOCIALE ⁽²⁾	TÉLÉ-TRANSMISSION NOÉMIE
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non

(1) Lien de parenté – C : conjoint ou « assimilé » - E : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint

(2) Code SS – 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Travailleur indépendant - 4 : autre

PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'adhésion

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 moins de 26 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, à la recherche d'un emploi ou si enfant handicapé : fournir les justificatifs de la situation,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations.

FORMALITÉS

J'atteste l'exactitude des données personnelles fournies et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation administrative ou familiale.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'annexe « cotisations » jointe au présent bulletin d'adhésion.

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 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 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 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 souhaite recevoir vos offres commerciales

Fait à

Le

Signature du salarié



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU SECTEUR TERTIAIRE ANNEXE COTISATIONS

Régime conventionnel obligatoire

Garantie	Régime Général				Régime Local			
	Adhésion obligatoire		Adhésion facultative		Adhésion obligatoire		Adhésion facultative	
	Salarié		Conjoint	Enfant**	Salarié		Conjoint	Enfant**
	en % du salaire brut*	Plafonds en euros	en % du PMSS		en % du salaire brut*	Plafonds en euros	en % du PMSS	
Base 1 - Socle minimum obligatoire	1,57 %	46,00 €	0,74 %	0,41 %	1,10 %	32,20 €	0,52 %	0,29 %
Base 2	2,36 %	69,32 €	1,10 %	0,51 %	1,65 %	48,52 €	0,77 %	0,36 %
Base 3	2,82 %	82,93 €	1,32 %	0,64 %	1,97 %	58,05 €	0,92 %	0,45 %

* Les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires) du salarié et plafonnées mensuellement par un montant en euros

** Gratuité à partir du 2ème enfant

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

Régimes optionnels

Garanties optionnelles	Taux de cotisation mensuelles en % du PMSS		
	Salarié	Conjoint	Enfant*
RÉGIME FACULTATIF EN COMPLÉMENT DE LA GARANTIE OBLIGATOIRE BASE 1			
Base 2 en option	0,36 %	0,36 %	0,10 %
Base 3 en option	0,57 %	0,58 %	0,23 %
RÉGIME FACULTATIF EN COMPLÉMENT DE LA GARANTIE OBLIGATOIRE BASE 2			
Base 3 en option	0,21 %	0,22 %	0,13 %

* Gratuité à partir du 2ème enfant

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale