

<input type="checkbox"/> <b>AFFILIATION</b> Date d'effet : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <b>MODIFICATION</b> Date d'effet : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Modifications administratives* <input type="checkbox"/> Ajout ou radiation d'ayants-droit <input type="checkbox"/> Changement d'option
--	---

\*sous réserve de la production des justificatifs prévus

## 1 - Informations

### RELATIVES AU SALARIÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date d'entrée dans l'entreprise :  E-mail : .....

Téléphone :

N° de Sécurité sociale :  Date de naissance :

Situation de famille :  Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)

Si le salarié est en apprentissage, cochez cette case  Date de fin du contrat d'apprentissage :

### RELATIVES À VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : .....

Adresse : .....

N° de contrat : ..... N° de SIREN :

## 2 - 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 le régime de base conventionnel à vos ayants droit, la sur-complémentaire choisie pour vous-même s'appliquera obligatoirement aux ayants droit sélectionnés.

Taux de cotisations exprimés en % du PMSS* en vigueur		L'employeur a souscrit la base conventionnelle Formule 1		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Formule 2		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Formule 3	
		Régime Général	Régime Alsace-Moselle	Régime Général	Régime Alsace-Moselle	Régime Général	Régime Alsace-Moselle
<b>EXTENSION AUX AYANTS DROIT DE LA COUVERTURE OBLIGATOIRE</b>	Conjoint Concubin Pacsé	<input type="checkbox"/> 1,02 %	<input type="checkbox"/> 0,56 %	<input type="checkbox"/> 1,24 %	<input type="checkbox"/> 0,78 %	<input type="checkbox"/> 1,51 %	<input type="checkbox"/> 1,05 %
	Enfant**	<input type="checkbox"/> 0,63 %	<input type="checkbox"/> 0,34 %	<input type="checkbox"/> 0,73 %	<input type="checkbox"/> 0,44 %	<input type="checkbox"/> 0,84 %	<input type="checkbox"/> 0,55 %
<b>SOUSCRIPTION D'UNE SUR-COMPLÉMENTAIRE OPTION 1 OU OPTION 2</b>	Salarié	<input type="checkbox"/> Option 1 : + 0,22 % <input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,50 %		<input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,28 %			
	Conjoint Concubin Pacsé	<input type="checkbox"/> Option 1 : + 0,24 % <input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,55 %		<input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,31 %			
	Enfant**	<input type="checkbox"/> Option 1 : + 0,11 % <input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,25 %		<input type="checkbox"/> Option 2 : + 0,14 %			

\*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - Valeur 2020 = 3 428 € - \*\*Gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant

La cotisation correspondante (à compléter) :

Extension ayants droit .....% PMSS + sur-complémentaire choisie .....% PMSS = .....% PMSS est à votre charge et sera prélevée sur votre compte bancaire en début de mois. À cet effet, vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

## 3 - Identification des bénéficiaires

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

Nom	Prénom	Lien <sup>(1)</sup>	N° Sécurité Sociale	Date naissance	Rang <sup>(2)</sup>

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - TÉLÉTRANSMISSION - SERVICE "NOÉMIE" Vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire, si l'organisme en charge de sa gestion a, en ce sens, conclu une convention avec la Mutuelle. Si vous ne souhaitez pas utiliser ce service, vous pouvez nous en faire part à tout moment par courrier à ADREA Mutuelle - 25, place de la Madeleine - 75008 PARIS.

**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.

### 3 - Pièces justificatives à fournir

<b>Adhérent</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li><li>• Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations</li></ul>
<b>Conjoint</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social</li></ul>
<b>Concubin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition...</li><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social</li></ul>
<b>Partenaire de PACS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance</li><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social.</li></ul>
<b>Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.</li></ul>
<b>Enfant de moins de 26 ans, étudiant</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours</li><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant.</li></ul>
<b>Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance</li><li>• Photocopie du dernier bulletin de salaire</li><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li></ul>
<b>Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude</li><li>• Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi</li><li>• Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li></ul>
<b>Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).</li></ul>

### 4 - Formalités

- Je certifie avoir reçu et pris connaissance des statuts de la mutuelle, de la notice d'information et du document d'information sur le produit d'assurance.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion.
- J'autorise à prélever sur mon compte bancaire le montant de ces cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement SEPA joint.

Fait à : .....

Le : | | | | | | | | | |

Signature du salarié :

### 5 - À retourner à

.....  
.....

Dans le cadre de votre adhésion vous confiez à Harmonie Mutuelle - Groupe VVY des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 26 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr) ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette chartre vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité,
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement),
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager leurs données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.),
- du cadre dans lequel leurs données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne,
- des durées de conservation applicables à leurs données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement),
- des droits dont ils disposent sur leurs données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour s'en prévaloir, y compris en cas de réclamation,
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de leurs données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Ils disposent du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) et ils peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique. Pour toute information ou exercice de leurs droits sur les traitements de données personnelles effectués par Harmonie Mutuelle - Groupe VVY, ils peuvent contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant leur demande d'une copie d'un titre d'identité comportant leur signature (carte d'identité, passeport) : soit en envoyant un mail à : [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) soit par courrier à l'adresse suivante : Harmonie Mutuelle - Groupe VVY, Service DPO, 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2.

« Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés. » Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence, ou sur notre site internet : [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)  
La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), site 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

#### MUTEX - L'alliance mutualiste



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