



## COTISATIONS MENSUELLES EN POURCENTAGE DU PMSS (\*) ANNÉE 2020

		BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2	BASE + OPTION 3
<b>SALARIÉ SEUL</b>		0,81 %	1,17 %	1,54 %	1,68 %
<i>Les cotisations « Conjoint » et « Enfant » sont précisées sur « l'annexe cotisations » du « bulletin individuel d'affiliation du salarié ».</i>					
		BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2	BASE + OPTION 3
<b>SALARIÉ ET SES AYANTS DROIT</b>	<input type="checkbox"/> Isolé	0,81 %	1,17 %	1,54 %	1,68 %
	<input type="checkbox"/> Famille	2,15 %	3,01 %	3,86 %	4,22 %
	<input type="checkbox"/> Isolé	0,81 %	1,17 %	1,54 %	1,68 %
	<input type="checkbox"/> Duo	1,59 %	2,16 %	2,85 %	3,11 %
	<input type="checkbox"/> Famille	2,52 %	3,45 %	4,39 %	4,79 %
<input type="checkbox"/> Tarif unique Famille	1,58 %	2,14 %	2,77 %	3,02 %	

Déterminer ci-dessus la structure de cotisations.

- La participation de l'employeur doit être au minimum de 50% de la cotisation.

Autre taux de participation choisi par l'entreprise : ..... %

(\*) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (valeur consultable sur [ameli.fr](http://ameli.fr)).

## FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle, accompagnée d'un extrait K-bis de moins de 3 mois.

Dès réception, nous vous adresserons votre contrat d'adhésion (Conditions Générales et Conditions Particulières) et les bulletins individuels d'affiliation.

Au retour des Conditions Particulières régularisées, nous vous transmettrons les notices d'information destinées à vos salariés.

### PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE 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 ayants-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, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou 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 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](http://bloctel.gouv.fr)).

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants-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](mailto: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 Fontenay - TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Je souhaite recevoir vos offres commerciales

Fait à : ..... Le : .....

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise :

## BULLETIN À RETOURNER À :



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

**AVANÇONS collectif**