

ENTREPRISES RELEVANT DE LA CCN DE LA MAROQUINERIE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIE
Votre employeur a souscrit la **BASE + OPTION 2**

 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
**merci de compléter la partie identification du bénéficiaire

1 - INFORMATIONS

RELATIVES AU SALARIÉ*

Nom d'usage : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

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

Téléphone : _____

N° Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

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

 Régime Sécurité Sociale: Régime Général Régime Alsace-Moselle

*Données indispensables (sauf Email et téléphone)

RELATIVES À VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse : _____

N° de contrat et/ou SIRET : _____

2 - GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS

BASE + OPTION 2

 Votre entreprise a souscrit la **BASE + OPTION 2** pour vous-même, votre part de cotisation est prélevée sur votre salaire.

 Je choisis d'affilier à titre facultatif, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

 Mon conjoint (ou concubin ou pacsé) Mes enfant(s)

Montant des cotisations facultatives mensuelles :

% PMSS	Régime Général	Régime Local
Conjoint	2,14 %	1,62 %
Enfant ⁽¹⁾	1,03 %	0,77 %

⁽¹⁾ Gratuité à compter du 3^{ème} enfant - Valeur du PMSS en 2021 : 3428 €

Les cotisations sont intégralement à votre charge et seront prélevées mensuellement directement sur votre compte bancaire par la mutuelle. Vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

3 - IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant à charge)

A compléter si vous avez choisi d'affilier vos ayants droits.

	Nom	Prénom	Lien de parenté ⁽¹⁾	N° de Sécurité sociale
Bénéficiaire 1	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 2	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 3	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 4	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 5	_____	_____	_____	_____

	Date de naissance	Code Ss ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
Bénéficiaire 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 3	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 4	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 5	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 : Régime étudiant - 5 : autre

⁽³⁾ Télétransmission des décomptes : cocher «oui» ou «non».

4 - PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'affiliation

QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	PIÈCES JUSTIFICATIVES (COPIES)
Salarié / Conjoint / Enfant à charge de - 28 ans	- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale).
Salarié	- Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations, - Pour l'option facultative individuelle : une autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin, Partenaire de PACS	- Justificatif de vie commune (quittance loyer , facture EDF, ect.) ou convention de PACS.
Enfant âgé de moins de 28 ans :	
- étudiant	- Certificat de scolarité
- en alternance	- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- à la recherche d'un 1 ^{er} emploi inscrit à Pôle Emploi	- Attestation d'inscription à Pôle Emploi
Enfant de moins de 28 ans en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %	- Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...)

5 - 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. »

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

Fait à : _____

Le : _____

Signature du salarié :

6 - BULLETIN À RETOURNER À

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Harmonie Mutuelle – Groupe VVY des données personnelles vous concernant ou concernant vos 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 27 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 ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte 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 vos données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par Harmonie Mutuelle – Groupe VVY, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : 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

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.»



HARMONIE MUTUELLE – GROUPE VVY

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculée sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Organismes coassureurs des garanties :

MUTEX, siège social : 140 Avenue de la République - 92327 CHATILLON Cedex - RCS Nanterre n° 529 219 040 - AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS - Eovi-MCD Mutuelle, siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12 - Siren 317 442 176 - HARMONIE MUTUELLE, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris - Siren 538 518 473 - Mutuelle OCIANE MATMUT, siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex – Siren : 434 243 085 (les mutuelles susmentionnées sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité)