

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU RÉGIME D'ACCUEIL

Régime Frais de santé

1

INFORMATIONS EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise :
 Adresse du siège social :
 Code postal : Ville :
 Adresse de correspondance si différente du siège social :
 Code postal : Ville :
 N° de contrat :
 Forme juridique : N° de SIRET : Code NAF :

2

DATE D'EFFET D'ADHÉSION

Date de départ à la retraite, de début de congé, de rupture du contrat de travail ou du décès :
 / /

3

SITUATION

- Retraité
- Ancien salarié en incapacité ou invalidité ou privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement
- Ayant(s) droit d'un salarié décédé

4

COTISATION À CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

A compter du 1^{er} juillet 2017, les personnes relevant du champ d'application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin), se voient appliquer les tarifs des actifs de la première année suivant la date d'effet de leur adhésion. Ces tarifs évolueront par la suite dans les conditions fixées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017. Ainsi les taux de cotisations pour la 1^{re} année d'adhésion au régime accueil à compter du 1^{er} janvier 2019 sont les suivants :

	Garantie	Ancien salarié Année 1	Conjoint	Enfant
Régime général	Base 1	0,96%	1,58%	0,60%
	Base 2 (base + option 1)	1,44%	2,34%	0,91%
	Base 3 (base + option 2)	1,89%	3,02%	1,20%
	Base 4 (base + option 3)	2,35%	3,69%	1,50%
Régime Alsace Moselle	Base 1	0,56%	1,08%	0,42%
	Base 2 (base + option 1)	1,03%	1,80%	0,72%
	Base 3 (base + option 2)	1,47%	2,45%	1,01%
	Base 4 (base + option 3)	1,92%	3,12%	1,29%

Cotisations exprimées en % du PMSS - Gratuité à compter de 3^e enfant.
 Les cotisations à la charge des ayants-droit d'un salarié décédé sont identiques à celles de l'ancien salarié pour le conjoint et restent inchangées pour l'enfant.

5

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non" (1) Lien de parenté

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social.
Enfant agé de moins de 26 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant agé de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance Photocopie du dernier bulletin de salaire Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant agé de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi Photocopie 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)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).



FORMALITÉS

Fait à : _____

le : _____

Signature

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Les données « téléphone, 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 téléphonique ☐ 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 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 (DPO) - de l'une des Mutualées de l'Alliance auprès de laquelle le contrat a été souscrit, dont les coordonnées vous sont communiquées ci-après. Vous devrez joindre 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).
 • Harmonie 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
 • OCIANE : Groupe MATMUT : par mail à l'adresse dpo@matmut.fr ou par courrier postal adressé à « Groupe MATMUT à l'attention du Délégué à la Protection des Données - 66 rue de Sotteville - 76100 ROUEN »
 • MGEN : par mail à l'adresse dpo@mgen.fr ou par courrier postal adressé à « MGEN » à l'attention du Délégué à la Protection des Données - 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15 »

HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 538 518 473
Siège Social : 143, rue Blomet 75015 PARIS

Le contrat est coassuré par Chorum, Harmonie Mutuelle, MGEN, Mutuelle Océane. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.