

## BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ

Régime frais de santé

Affiliation       Modification      DATE D'EFFET | J | J | M | M | A | A |

Modifications administratives\*    Ajout d'ayant(s) droit    radiation d'ayant(s) droit    Changement d'options

\*sous réserve de la production des justificatifs prévus

### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE A compléter par votre correspondant d'entreprise avant envoi à la mutuelle

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

N° de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° de gestion du contrat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (obligatoire)

N° de groupe assurés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (obligatoire)

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

### GARANTIES OBLIGATOIRES SOUSCRITES PAR L'ENTREPRISE

Régime conventionnel (socle)       Régime R1 (conventionnel + option 1)       Régime R2 (conventionnel + option 2)

Bulletin d'adhésion entièrement complété et signé à retourner à :  
Harmonie Mutuelle – TSA 90130 – 37049 TOURS CEDEX 1

## 1 INFORMATIONS

### Relatives au salarié

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Date d'entrée dans l'entreprise : | J | J | M | M | A | A |

Téléphone : ..... E-mail : .....

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de naissance : | J | J | M | M | A | A |

Régime obligatoire :  Général    Local

Catégorie :       Ensemble du personnel  
                     Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI 2017  
                     Salariés hors articles 2.1 et 2.2 de l'ANI 2017

Situation familiale :  Célibataire    Marié-e    Pacsé-e    Divorcé-e    Veuf-ve

### Référence à rappeler si déjà adhérent

N° d'adhérent : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 2 NIVEAU DE COUVERTURE

- En complément des garanties souscrites par votre employeur vous pouvez <sup>(1)</sup> :
- étendre cette garantie à votre conjoint <sup>(2)</sup> :  oui  non
  - étendre cette garantie à vos enfants <sup>(3)</sup> :  oui  non
  - améliorer vos garanties en souscrivant à une option d'un niveau supérieur (l'option choisie s'appliquera pour vous même et le cas échéant à vos ayants droit pour lesquels vous aurez l'extension)\* :  
 Option R1  Option R2

Cotisations mensuelles en % du PMSS <sup>(4)</sup>							
Garanties souscrites par l'entreprise	Garanties au choix du salarié	Salarié		Conjoint <sup>(2)</sup>		Enfant <sup>(3)</sup>	
		Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Régime socle (base conventionnelle)	Extension aux ayants droit	-	-	1,08%	0,48%	0,70%	0,34%
	Régime R1	0,64%		0,73%		0,32%	
	Régime R2	0,96%		1,10%		0,54%	
Régime R1 (régime socle + option 1)	Extension aux ayants droit	-	-	1,69%	1,09%	0,97%	0,61%
	Régime R2	0,31%		0,36%		0,23%	
Régime R2 (régime socle + option 2)	Extension aux ayants droit	-	-	2,01%	1,39%	1,17%	0,81%

- Télétransmission Noémie : souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et votre mutuelle\* :  oui  non
- La cotisation des options facultatives est à votre charge et sera appelée selon les modalités choisies par votre employeur. Dans le cas où l'entreprise n'assure pas le précompte des cotisations des améliorations facultatives, vous devez joindre un mandat SEPA dûment complété et signé.
- Pour le prélèvement sur le compte bancaire précisez\* :  
**Jour souhaité** : le 5  le 10  le 15  le 20  (sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)  
**Périodicité souhaitée** : mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

\* Cocher la case correspondante

## 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>	Échanges automatiques avec le régime obligatoire <sup>(3)</sup>
						<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) À défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire

### 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.

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

<b>Adhérent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie 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>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Concubin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition...</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Partenaire de PACS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie 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>➤ Copie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Enfant jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire, en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou sont stagiaires de la formation professionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance</li> <li>➤ Copie du dernier bulletin de salaire</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Enfant jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire à la recherche d'un premier emploi et inscrit à Pôle Emploi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi</li> <li>➤ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</li> </ul>
<b>Enfant de moins de 26 ans, employés dans un ESAT ou atelier protégé comme travailleur handicapé</b>	
<b>Enfant reconnu comme en situation de handicap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).</li> </ul>
<b>Personne majeure à charge de l'assuré ou de son conjoint avant la PUMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copie 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>

## MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent bulletin d'adhésion. Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance selon les garanties souscrites :** des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle, de la notice d'information du contrat collectif signé entre la mutuelle et le souscripteur, de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services.

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès de ses adhérents ou entités souscriptrices la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction. Pour plus d'informations sur ce sujet, veuillez-vous reporter au code de conduite de la mutuelle.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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 droit. 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). Vous serez avisé des informations et des services et solutions d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace Harmonie & Moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-après. 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 ayants droit, 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 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée. 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](http://www.cnil.fr)).

## 4 FORMALITÉS

Fait à : .....

Le : .....

*Signature du salarié:*

### » MGEN :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399, LEI 9695002XFD-DIA8FN1325. Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

### » Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

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

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