

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE

« FGMM – CFDT / SOMILOR – HARMONIE MUTUELLE »

Date d'effet : / / 20

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

Raison sociale de l'entreprise
N° Siret : / /

N° de gestion du contrat **P01GPC2547** N° de groupe assurés (obligatoire) N° adhérent (obligatoire)

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

Cachet de l'Organisme
partenaire (obligatoire)

Nom du correspondant :

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité ☐ M^{me} ☐ M. Nom Nom de naissance Prénom
Adresse Code postal
Commune Tél. Tél. portable
E-mail (en majuscule)
Je souhaite recevoir par voie électronique les informations, les services et solutions d'Harmonie Mutuelle : • Par E-mail : ☐ Oui ☐ Non • Par SMS : ☐ Oui ☐ Non
Situation familiale Profession Date d'adhésion CFDT / / Catégorie

GARANTIE : ☐ Base ☐ Base + option

JE DEMANDE MON ADHÉSION À LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET AUX OPTIONS SUIVANTES :

☐ Actif (isolé ou famille) Régime Général – 05ENSP ☐ Retraité (isolé ou famille) Régime Général – 03RETR ☐ Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance
☐ Actif (isolé ou famille) Régime Local – 13ENSP ☐ Retraité (isolé ou famille) Régime Local – 14RETR

PERSONNES À GARANTIR (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)							☐ Oui ☐ Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)							☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 3					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre :		☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 4					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre :		☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 5					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre :		☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 6					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre :		☐ Oui ☐ Non

Régime obligatoire de l'adhérent ☐ général ☐ local (4) ☐ autre / du conjoint ☐ général ☐ local (4) ☐ TNS/PI ☐ autre

(1) Féminin = F – Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « Organisme d'affiliation ou de rattachement » figurant sur votre Attestation de droits. (3) À défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Pour le prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez : Périodicité souhaitée : Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐
Jour souhaité : le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 ☐ le 20 ☐ (Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Retournez-nous ce bulletin complété et signé, accompagné des justificatifs suivants :
- Photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente (– 3 mois) pour chaque assuré. Vous pouvez la télécharger directement sur votre compte ameli, en faire la demande directement auprès de votre caisse ou elle peut être imprimée dans nos agences sur simple présentation de la carte Vitale,
- Si enfant de plus de 20 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation,
- Un RIB pour le versement de vos prestations,
- Pour le prélèvement sur le compte bancaire : le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé + RIB si différent de celui des remboursements des prestations.

MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent bulletin. 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 et, le cas échéant de celle résumant les conditions générales du contrat de protection juridique Harmonie Protection Juridique, contrats souscrits par la mutuelle au bénéfice de ses membres respectivement auprès de Ressources Mutuelles Assistance et de CFDP Assurances ; et en accepter tous les termes.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE 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 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 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).

Fait le

1^{er} exemplaire pour la FGMM,
2nd exemplaire à conserver par le syndicat CFDT
3^{ème} exemplaire pour l'adhérent.

Signature de l'adhérent

www.harmonie-mutuelle.fr



COMMENT REMPLIR VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION ?

- 1
- Complétez les informations vous concernant (nom, nom de naissance, adresse...).
- 2
- Indiquez ici votre numéro de Sécurité sociale (que vous retrouvez sur l'attestation carte Vitale) ainsi que les informations concernant vos ayants droit (conjoint ou assimilé, enfants).
- 3
- Retrouvez ici les pièces justificatives à nous retourner.
- 4
- N'oubliez pas de dater et signer le bulletin d'adhésion.
- 5
- Enfin, avant d'envoyer ce bulletin d'adhésion à l'adresse indiquée, veillez à faire compléter les informations demandées par votre correspondant d'entreprise.

BULLETIN D'ADHÉSION

Date d'effet / / 20

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

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

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

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité ☒ M^{me} ☐ M.

Nom DUPOND Nom de naissance MARTIN Prénom Martine
Adresse 1 rue des Lilas Code postal 49000
Commune ANGERS Tél. 02 03 04 05 06 Tél. portable 06 03 04 05 06
E-mail (en majuscule) MARTINE.DUPOND@GMAIL.FR
Je souhaite recevoir par voie électronique les informations, les services et solutions d'Harmonie Mutuelle :
• Par E-mail : ☒ Oui ☐ Non
• Par SMS : ☒ Oui ☐ Non
Situation familiale Married Profession Date d'embauche 10/10/2019 Catégorie

PERSONNES À GARANTIR (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)	DUPOND	Martine	23.08.1986	F	2 8 6 0 8 4 9 1 3 2 1 0 2 2 3	01 49 13421	☒ Oui ☐ Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)	DUPOND	Christian	05.01.1983	M	1 4 3 0 1 5 3 1 4 1 1 2 1 0 4	01 49 13421	☐ Oui ☒ Non
Bénéficiaire 3	DUPOND	Clément	23.05.2001	M	☐ rattaché bénéficiaire 1 ☒ rattaché bénéficiaire 2 Autre		☒ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 4					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre		☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 5					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre		☐ Oui ☐ Non
Bénéficiaire 6					☐ rattaché bénéficiaire 1 ☐ rattaché bénéficiaire 2 Autre		☐ Oui ☐ Non

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Retournez-nous ce bulletin complété et signé, accompagné des justificatifs suivants :

MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE 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 droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensables 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 utilisés 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 avez opté pour votre espace Harmonie à moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-dessus. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (Socle) (www.cnil.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 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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Fait le 08/03/2022

Signature de l'adhérent

1^{er} exemplaire pour la mutuelle
2^e exemplaire pour l'adhérent

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, numéro LEI 969500JUSZ9H9G4TDS7. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. Harmonie Santé Services est assurée par Ressources Mutuelles Assistance, Union d'assurance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500J26N8D4TR328. Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex. Harmonie Protection Juridique est assurée par CFPD Assurances, siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bannel - 69003 Lyon. Société Anonyme au capital de 1 692 240 €. Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B. Numéro LEI 969500ZVQFLQF82NM39.

www.harmonie-mutuelle.fr

Harmonie mutuelle
GROUPE vvv
AVANÇONS collectif

Justificatif à nous fournir (exemple fictif)

MAINE-ET-LOIRE
Numéro de l'assuré : 2 86 08 49 132 102 23
Nom de l'assuré : DUPOND MARTINE

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 01/01/2024 au 31/12/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 491 3421	10	2 86 08 49 132 102 23	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	re(n) le(rang)
DUPOND MARTINE a déclaré un médecin traitant		2 86 08 49 132 102 23	23/08/1986 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Eco-organisme DU/REP N° F233228_03WDX

preview



SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

Zone réservée au créancier

[illegible]

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Prénom _____ Date de naissance _____

Pays _____

☒ Prélèvements récurrents

Harmonie Mutuelle
143, rue Blomet
75015 Paris

Signature du titulaire du compte

Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr

