

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ

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 (obligatoire) N° de groupe assurés (obligatoire)

Cachet de l'entreprise
(obligatoire)

GARANTIES OBLIGATOIRES SOUSCRITES PAR L'ENTREPRISE*

☐ Socle ☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3

Bulletin d'adhésion entièrement complété et signé à retourner à :

Harmonie Mutuelle – TSA 90130 – 37049 TOURS CEDEX 11

INFORMATIONS ENTREPRISE

Statut : ☐ Salariés relevant de l'Art 2.1 ANI 2017☐ Salariés ne relevant pas de l'Art 2.1 ANI 2017☐ Salarié en CDD en cumul d'emplois dont la rémunération globale tous employeurs confondus est inférieure au SMIC☐ Salarié en contrat d'apprentissage inférieur à 12 moisContrat de travail : ☐ CDI ☐ CDD – 1 an ☐ CDD + 1 an ☐ Contrat d'apprentissage ☐ AutrePart salarié et employeur de la cotisation socle égale ou supérieure à 10% de l'ensemble des rémunérations ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS À REMPLIR PAR LE SALARIÉ

Nom Nom de naissance Prénom

Date de naissance / / N° Sécurité sociale

Adresse Code postal

Commune Tél.

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☒ J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.☐ Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive : ☐ option 1 ☐ option 2 ☐ option 3☐ Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :☐ mon conjoint ☐ mon, mes enfant(s), nbre : ____ (J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même)

MONTANT DES COTISATIONS FACULTATIVES MENSUELLES POUR 2025 :

☐ Je relève du Régime général de la Sécurité sociale
ou du Régime agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION (en complément du régime de base)		
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié		14,00 €	36,00 €	53,10 €
Conjoint	58,40 €	14,00 €	36,00 €	53,10 €
Par enfant *	29,30 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

☐ Je relève du Régime Alsace-Moselle

	RÉGIME SOCLE	OPTION (en complément du régime de base)		
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié		14,00 €	36,00 €	53,10 €
Conjoint	35,20 €	14,00 €	36,00 €	53,10 €
Par enfant *	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant « affilié ». – La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

» Pour l'affiliation ou la radiation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang ⁽²⁾	Échanges automatiques avec le régime obligatoire ⁽³⁾
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ 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, la télétransmission automatique Noémie ne pouvant être activée qu'avec une seule mutuelle, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera de bénéficier de la télétransmission entre son régime obligatoire et sa mutuelle. Ainsi, sauf demande expresse de votre part pour activer la télétransmission automatique avec Harmonie Mutuelle, les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ainsi que ce dernier ne bénéficieront pas du système Noémie, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires.

* Cocher la case correspondante.

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- » La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit. Vous pouvez la télécharger sur www.ameli.fr ou sur les bornes de service des centres de Sécurité sociale.
- » Un RIB/IBAN pour les remboursements.
- » Concubin(e) / PACSé(e) : le certificat de concubinage délivré par la mairie ou à défaut un justificatif de domicile commun / copie du PACS.
- » Enfant(s) de plus de 18 ans : le certificat de scolarité ou un justificatif de situation.
- » Le mandat SEPA complété et signé + un RIB pour le paiement des cotisations.

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 RMA 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.**

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 sur : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>

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 Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Fait à :

Le :

Signature du salarié



**Harmonie
mutuelle**
GROUPE **vyv**