

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.

Justificatif à nous fournir (exemple fictif)

Assurance Maladie
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) | né(e) le/le tang |
| DUPOND MARTINE a déclaré un médecin traitant | | 2 86 08 49 132 102 23 | 23/08/1986 1 |

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 Mariée 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) |
|--|---------------|------------------|-------------------|----------|---|----------------------------------|--|
| Adhèrent (bénéficiaire 1) | <u>DUPOND</u> | <u>Martine</u> | <u>23.08.1986</u> | <u>F</u> | <u>2 8 6 0 8 4 9 1 3 2 1 0 2 2 3</u> | <u>01 49 13421</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2) | <u>DUPOND</u> | <u>Christian</u> | <u>05.01.1983</u> | <u>M</u> | <u>1 4 3 0 1 5 3 1 4 1 1 2 1 0 4</u> | <u>01 49 13421</u> | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 3 | <u>DUPOND</u> | <u>Clément</u> | <u>23.05.2001</u> | <u>M</u> | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input checked="" type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre _____ | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 4 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 5 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 6 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 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 à 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 (Socitel.gov.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

www.harmonie-mutuelle.fr

Harmonie mutuelle
GRUPE vvv
AVANCONS collectif

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JUSZ989G4TDS7. 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 Sirene sous le numéro Siren 444 269 602, numéro LEI 969500J268NR04TRB28. 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 Bonnel - 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 969500ZVDFLQ852NM39.

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

