

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)

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

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité ☐ M^{me} ☐ M. Nom Nom de naissance Prénom
E-mail (en majuscule) Catégorie
Je souhaite recevoir par voie électronique les informations, les services et solutions d'Harmonie Mutuelle : • Par E-mail : ☐ Oui ☐ Non • Par SMS : ☐ Oui ☐ Non

GARANTIE
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)							☐ 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)

MODIFICATION (voir les justificatifs à fournir)

☐ Ajout de bénéficiaires (compléter le tableau ci-dessus) ☐ Conjoint ☐ Enfant(s)
☐ Résiliation famille - Motif ☐ Retraité ☐ Licencié ☐ Départ volontaire de l'entreprise ☐ Autre (à préciser)
☐ Radiation de bénéficiaire ☐ Conjoint ☐ Enfant(s) Prénom(s) Motif
☐ Changement de garantie (nouvelle garantie à préciser) ou d'option (nouvelle option à préciser)
☐ Changement de groupe d'assurés (n° de groupe à préciser)
☐ Changement de nom, prénom, correctif date de naissance
☐ Changement d'adresse
☐ Changement de n° de téléphone, e-mail (en majuscule)
☐ Changement de compte pour les cotisations sans changement de payeur (joindre un RIB)
☐ Mise en prélèvement de la cotisation ou changement de payeur (joindre le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé et un RIB)
☐ Changement de compte pour le virement des prestations (joindre RIB)
☐ Modification du régime obligatoire (n° RO, Caisse RO...)
☐ Autres modifications

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,
- si naissance ou adoption : un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption,
- si radiation suite décès, joindre un bulletin de décès,
- si résiliation famille ou radiation d'un bénéficiaire : joindre la carte d'adhérent en cours de validité.

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

Signature de l'adhérent