

# Bulletin d'adhésion

## au contrat groupe

### « FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT



Nom du secrétaire

#### Identification de l'adhérent

Civilité  M.  M<sup>me</sup> Nom ..... Prénom .....  
Adresse ..... Code postal .....  
Commune ..... Tél. .... / .... / .... Tél. portable ..... / ..... / .....  
E-mail (en majuscule) .....  
Entreprise ..... Date d'adhésion CFDT ..... / ..... / 20.....

#### Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

- Personne jeune - de 30 ans  Personne retraitée seule  Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance  
 Personne seule + de 30 ans  Familiale retraités  
 Familiale actifs

#### Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 / ... / 20 ...

#### Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1 <sup>er</sup> enfant								
2 <sup>e</sup> enfant								
3 <sup>e</sup> enfant								
4 <sup>e</sup> enfant								
5 <sup>e</sup> enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)  
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, 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

#### Justificatifs à fournir

Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

#### Modalités d'adhésion à la mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande 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.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif. Ces informations pourront être également communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion.

Seules les informations « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif.

Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre.

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.

En cas de refus merci de cocher la case  (préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner le ou les prénoms) .....

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de nos obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait en trois exemplaires, le ..... / ..... / 20.....

Signature de l'adhérent

Exemplaire à envoyer à FGMM



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

# Bulletin d'adhésion

## au contrat groupe

### « FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT



Nom du secrétaire

#### Identification de l'adhérent

Civilité  M.  M<sup>me</sup> Nom ..... Prénom .....  
Adresse ..... Code postal .....  
Commune ..... Tél. .... Tél. portable .....  
E-mail (en majuscule) .....  
Entreprise ..... Date d'adhésion CFDT .... / .... / 20....

#### Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

- Personne jeune - de 30 ans  Personne retraitée seule  Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance  
 Personne seule + de 30 ans  Familiale retraités  
 Familiale actifs

#### Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 / ... / 20 ...

#### Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1 <sup>er</sup> enfant								
2 <sup>e</sup> enfant								
3 <sup>e</sup> enfant								
4 <sup>e</sup> enfant								
5 <sup>e</sup> enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)  
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, 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

#### Justificatifs à fournir

Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

#### Modalités d'adhésion à la mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande 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.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif. Ces informations pourront être également communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion.

Seules les informations « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif.

Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre.

**Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.**

**En cas de refus merci de cocher la case  (préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner le ou les prénoms) .....**

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de nos obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait en trois exemplaires, le .... / .... / 20....

Signature de l'adhérent

Exemplaire à conserver par le syndicat CFDT



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

# Bulletin d'adhésion

## au contrat groupe

### « FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT



Nom du secrétaire

#### Identification de l'adhérent

Civilité  M.  M<sup>me</sup> Nom ..... Prénom .....  
Adresse ..... Code postal .....  
Commune ..... Tél. .... / .... / .... Tél. portable ..... / .... / ....  
E-mail (en majuscule) .....  
Entreprise ..... Date d'adhésion CFDT .... / .... / 20....

#### Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

- Personne jeune - de 30 ans  Personne retraitée seule  Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance  
 Personne seule + de 30 ans  Familiale retraités  
 Familiale actifs

#### Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 / ... / 20 ...

#### Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1 <sup>er</sup> enfant								
2 <sup>e</sup> enfant								
3 <sup>e</sup> enfant								
4 <sup>e</sup> enfant								
5 <sup>e</sup> enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)  
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, 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

#### Justificatifs à fournir

Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

#### Modalités d'adhésion à la mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande 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.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif. Ces informations pourront être également communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion.

Seules les informations « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif.

Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre.

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.

En cas de refus merci de cocher la case  (préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner

le ou les prénoms) .....

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de nos obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait en trois exemplaires, le .... / .... / 20....

Signature de l'adhérent

Exemplaire à conserver par l'adhérent



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

## Mandat de prélèvement SEPA

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

ICS : FR50ZZZ609143

Zone réservée au créancier

N° RUM (Référence unique du mandat) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Harmonie Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Harmonie Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

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.

### Identité de l'adhérent

Nom

Prénom  Date de naissance

### Titulaire du compte

Nom

Prénom

Adresse

Code postal  Ville

Pays

### Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number)

BIC / SWIFT (Business Identifier Code)

Prélèvements récurrents

### Nom et adresse du créancier

Harmonie Mutuelle  
143, rue Blomet  
75015 Paris

Fait à .....

le .....

Signature

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

**Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.**

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».