

BULLETIN D'ADHÉSION

Date d'effet 01 / / 20

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

Raison sociale de l'entreprise AVENS
N° Siret :Cachet de l'entreprise
(obligatoire)

N° de gestion du contrat P24CPI0012 (obligatoire) N° de groupe assurés (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. M^{me}

Mode d'emploi pour remplir ce bulletin d'adhésion au verso

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'embauche / / Catégorie

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) | | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2) | | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 3 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre | | <input 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 |

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) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Si 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,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : 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 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 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 acceptant 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.

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 (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 le

Signature de l'adhérent

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

www.harmonie-mutuelle.fr



Harmonie mutuelle

GROUPE vyv

COMMENT REMPLIR VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION ?

1 Complétez les informations vous concernant (nom, nom de naissance, adresse...).

2 Renseignez la garantie choisie.

3 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).

4 Retrouvez ici les pièces justificatives à nous retourner.

5 N'oubliez pas de dater et signer le bulletin d'adhésion.

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

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT Civilité M. M^{me} Mode d'emploi pour remplir ce bulletin d'adhésion au verso

Nom DUPOND Nom de naissance MARTIN Prénom Martine
 Adresse 1. rue des Lilas Code postal 49000
 Commune ANGERS Tél. 02.03.09.05.06 Tél. portable 06.03.09.05.06
 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 :

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) | DUPOND | Martine | 23/08/1986 | F | 246084913210522 | 014913421 | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2) | DUPOND | Christian | 05/01/1983 | M | 143015314112104 | 014913421 | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 3 | DUPOND | Clément | 23/05/2001 | M | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input checked="" type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 | | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 4 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 5 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Bénéficiaire 6 | | | | | <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.
 Si 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,
- Si le mode de paiement «prélèvement» est choisi : 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 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 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 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 souscrites la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou 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.

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 à caractère personnel, 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 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 le 08/10/2022 Signature de l'adhérent

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

www.harmonie-mutuelle.fr

Harmonie mutuelle GROUPE yvv AVANCONS collectif

L'Assurance Maladie
 MAINE-ET-LOIRE
 Numéro de l'assuré : 2 46 08 49 132 105 23
 Nom de l'assuré : DUPOND MARTINE

Attestation de droits à l'assurance maladie
 Valable du 01/01/2022 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 46 08 49 132 105 23 | |
| Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage | | n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information) | ni(e) le/la/ang |
| DUPOND MARTINE a déclaré un médecin traitant | | 2 46 08 49 132 105 23 | 23/08/1946 1 |

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.