

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)
Adhérent (bénéficiaire 1)		
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)		
Enfant à charge Bénéficiaire 3				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre
Enfant à charge Bénéficiaire 4				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre
Enfant à charge Bénéficiaire 5				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre
Enfant à charge Bénéficiaire 6				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre

Régime obligatoire de l'adhérent général local (3) autre / du conjoint général local (3) TNS/PI autre

(1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

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, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires. En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

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,
- 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 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,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation. 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.

Je m'engage à régler les cotisations résultant de l'affiliation facultative de mes Ayants droit non à charge par prélèvement sur mon compte bancaire ou postal à l'exception de la première échéance que je réglerai par chèque ou virement bancaire sur appel de cotisation édité par Harmonie Mutuelle. En cas de rejet des prélèvements, je m'engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet.
 Je déclare avoir été informé(e) que les informations me concernant seront utilisées pour la gestion des contrats santé et valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité sociale. Elles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciales sauf opposition de ma part. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il m'est possible d'exercer mon droit d'accès, de rectification et d'opposition.
 Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent Bulletin Individuel d'Affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant, qui m'auront été transmises.
 Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de la notice d'information « BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, CABINETS D'INGÉNIEURS CONSEILS ET SOCIÉTÉS DE CONSEILS SANTE ACTIF 01-2016 ».
 Je ne souhaite pas recevoir les offres commerciales de l'Institution et de ses partenaires.

Fait le

Signature de l'adhérent

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

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

