

Date d'effet / / 20



Identification de l'adhérent

☐ En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.

Garantie Niveau 1 Niveau 2

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe ⁽¹⁾	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire ⁽²⁾
Adhérent (bénéficiaire 1)						
Conjoint/ pacsé/concubin (bénéficiaire 2)						
Bénéficiaire 3				rattaché bénéficiaire 1 rattaché bénéficiaire 2Autre		
Bénéficiaire 4				rattaché bénéficiaire 1 rattaché bénéficiaire 2Autre		
Bénéficiaire 5				rattaché bénéficiaire 1 rattaché bénéficiaire 2Autre		
Bénéficiaire 6				rattaché bénéficiaire 1 rattaché bénéficiaire 2Autre		

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.

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.

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)

Vous pouvez demander, en application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004 (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.

Pour toute question,
venez nous rencontrer en agence
ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

Fait le

Signature de l'adhérent

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



Harmonie
mutuelle
En harmonie avec votre santé

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR

609 143

Nom, prénom et adresse du débiteur

Compte à débiter

Établissement	Guichet	N° de compte	Clé
IBAN (International Bank Account Number)		BIC / SWIFT (Bank Identification Code)	

DateSignature (obligatoire)

Nom du créancier

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. Siège social: 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Prière de joindre à ce document un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

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

(*cochez la case de votre choix)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/1980 de la commission Informatique et Libertés.