

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

BULLETIN D'ADHÉSION OFFRE RÉFÉRENCÉE OFB



**Harmonie
mutuelle**

— GROUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Cocher impérativement l'une des cases suivantes :

- Adhésion Modification de situation Changement d'option/de garantie

Important : le bulletin d'adhésion ne doit comporter ni rature, ni surcharge

» Identification de l'adhérent

* Les informations signalées par un astérisque sont obligatoires pour la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit, qui à défaut ne peuvent être effectuées.

- Numéro de Sécurité sociale*
- Date de naissance* ▸ À (ville, pays) ▸ Âge
- Civilité* M Mme
- Nom* ▸ Nom de naissance*
- Prénoms* ▸ Tél. domicile ▸ 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
- Adresse*
- Code Postal* ▸ Ville*
- Situation Familiale ▸ Depuis le
Préciser : Célibataire, Marié(e), Concubinage, Pacsé(e), Séparé(e), Divorcé(e), Veuf / Veuve
- Si vous bénéficiez déjà d'une couverture assurée par Harmonie Mutuelle (Expertise Secteurs Publics), précisez le numéro d'adhérent :

» Situation administrative / professionnelle

- Date d'entrée dans l'établissement ▸ Date d'entrée dans la Fonction Publique
- Affectation ▸ Lieu d'exercice
- Stagiaire Titulaire Contractuel Retraité(e) Autres
- Catégorie statutaire : A B C

» Garanties de l'offre référencée

Pour les Actifs : garantie frais de Santé et Prévoyance

Par mon adhésion à Harmonie Mutuelle, je souscris obligatoirement :

A l'un des 3 niveaux de garantie Santé :

- Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

A l'un des 2 niveaux de garantie Prévoyance (assurée par Mutex) :

- Niveau 1 Niveau 2

Pour les Retraités : garantie frais de Santé

Par mon adhésion à Harmonie Mutuelle, je souscris obligatoirement :

A l'un des 3 niveaux de garantie Santé :

- Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

- Adhésion à la garantie santé à compter du (préférer le 1^{er} du mois lorsque cela est possible)
- Adhésion à la garantie prévoyance à compter du **01/** ⁽¹⁾
- La modification prendra effet à compter du ⁽²⁾

(1) Sous réserve de l'accord préalable de l'assureur de la garantie prévoyance, au vu du questionnaire de santé complété, lorsque ce dernier est exigé.

(2) Le passage en garantie supérieure ou inférieure est possible au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est adressée avant le 31 octobre de l'année précédente.

L'adhésion aux présentes garanties produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée par tacite reconduction pour une durée d'un an sauf dénonciation dans les cas et conditions fixées au règlement mutualiste pour les garanties santé et à la notice d'information pour les garanties de prévoyance. Les garanties proposées prennent fin en cas de changement de situation ou aux âges limites de garantie figurant au(x) document(s) d'information sur le produit d'assurance, ainsi qu'au règlement mutualiste ou à la notice d'information.

» Identification des ayants droit bénéficiaires de la garantie Santé

▸ Je sollicite la couverture des personnes mentionnées ci-dessous :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe	Situation ⁽³⁾	Numéro de Sécurité sociale ⁽¹⁾	Dispose de ses propres droits Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Pacsé(e) ⁽²⁾							Numéro Centre de Sécurité sociale	
1 ^{er} enfant							<input type="checkbox"/> Rattaché au père et/ou <input type="checkbox"/> Rattaché à la mère <input type="checkbox"/> Autre :	
2 ^e enfant							<input type="checkbox"/> Rattaché au père et/ou <input type="checkbox"/> Rattaché à la mère <input type="checkbox"/> Autre :	
3 ^e enfant							<input type="checkbox"/> Rattaché au père et/ou <input type="checkbox"/> Rattaché à la mère <input type="checkbox"/> Autre :	
4 ^e enfant							<input type="checkbox"/> Rattaché au père et/ou <input type="checkbox"/> Rattaché à la mère <input type="checkbox"/> Autre :	
Autre personne à charge							<input type="checkbox"/> Rattaché au père et/ou <input type="checkbox"/> Rattaché à la mère <input type="checkbox"/> Autre :	

Fournir une copie de l'attestation d'ouverture de droit à la Sécurité sociale pour chaque ayant droit bénéficiaire.

(1) Préciser si l'enfant est affilié en Sécurité sociale sur le compte du père et/ou de la mère

(2) Pour les concubin(e)s et les Pacsé(e)s fournir un justificatif

(3) Préciser : Sans profession - Salarié - Élève - Apprenti - Étudiant - Demandeur d'emploi indemnisé ou non indemnisé - Autre (à préciser)

» Montant des cotisations

- Les modalités de calcul des cotisations sont déterminées par le règlement mutualiste des garanties santé et par la notice d'information des garanties de prévoyance.
Les montants de cotisation vous ont été présentés dans le devis qui vous a été remis préalablement à votre adhésion. Ils ont été établis sur la base des éléments que vous nous avez communiqués préalablement à votre adhésion. Ils sont susceptibles d'être rectifiés au vu des pièces jointes au présent bulletin d'adhésion, dans les cas où ils sont déterminée sur la base de l'âge, de la catégorie professionnelle ou de la rémunération.

» Paiement des cotisations

- Les cotisations dont vous êtes redevable, pour vous-même et vos ayants droit actuels et futurs, sont prélevées mensuellement sur compte bancaire.
Précisez le jour de prélèvement souhaité :
. le 5 le 10 le 15 du mois (sans précision, ceux-ci seront effectués au 5 de chaque mois). Joindre le mandat de prélèvement SEPA.

» Remboursement des prestations

- Je serai remboursé(e) par virement sur mon compte bancaire. Je recevrai mon décompte périodiquement, ou en me connectant sur le site de la mutuelle, harmonie-mutuelle.fr
Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques (télétransmission) 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)

» Sincérité des informations

- En signant ce bulletin d'adhésion (**cases à cocher**) :
 - Vous reconnaissez avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion. Vous certifiez avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.
 - Vous reconnaissez, préalablement à la signature du présent bulletin, avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé de la présente offre, du document de devoir de conseil, du devis, des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste d'Harmonie Mutuelle détaillant les droits et obligations dans le cadre des présentes garanties santé souscrites auprès d'Harmonie Mutuelle.
 - Vous déclarez, préalablement à la signature du présent bulletin, avoir reçu, pris connaissance et accepté les termes des notices d'information du contrat de prévoyance, de la garantie d'assistance et de la protection juridique santé, et formaliser par la signature de ce bulletin votre adhésion à Harmonie Mutuelle et auxdits contrats.**
 - Vous déclarez avoir pris connaissance des cotisations et de vos garanties santé et prévoyance.
 - Vous vous engagez à informer Harmonie Mutuelle de toute modification de situation et à fournir le justificatif correspondant, permettant la prise en compte de ce changement (comme notamment une attestation Vitale pour chaque bénéficiaire de votre garantie santé).
 - Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire du présent bulletin d'adhésion et des notices d'information objet de l'offre référencée.

» Protection des données personnelles

- Les informations recueillies sur ce bulletin sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et de Mutex en tant qu'organisme assureur. Elles sont également destinées 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 au règlement mutualiste/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 offres d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace adhérent 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 (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 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

» Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

- 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.

Je suis informé(e) que je bénéficie d'un droit de renonciation. Retrouvez en dernière page les modalités du droit de renonciation ainsi que la liste des pièces à joindre au dossier d'adhésion.

Fait le
en deux exemplaires.

Signature de l'adhérent

CADRE RÉSERVÉ À HARMONIE MUTUELLE

Date d'effet de l'adhésion

Nom du conseiller

Code du conseiller

Signature du conseiller

› Droit de renonciation à l'adhésion

▸ ADHÉSION EN AGENCE

Il est possible de renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de votre agence dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr), avec demande d'avis de réception. Cette faculté est un avantage commercial dont vous fait bénéficier la Mutuelle.

▸ EN VENTE À DISTANCE

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie de la possibilité d'y renoncer par lettre recommandée à l'adresse de son pôle de gestion figurant sur sa carte de tiers payant mutualiste ou du siège social de la mutuelle (indiquée sur le bulletin d'adhésion) ou envoi recommandé électronique (DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr), avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du présent bulletin d'adhésion ou du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

▸ DÉMARCHAGE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique (DESP_renonciation-demission@harmonie-mutuelle.fr), avec demande d'avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités à adresser à l'adresse de son pôle de gestion figurant sur sa carte de tiers payant mutualiste ou du siège social de la mutuelle indiquée sur le bulletin d'adhésion.

▸ **Modèle de rédaction de renonciation** : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

› Pièces à joindre au dossier d'adhésion

- Copie de l'attestation d'ouverture de droits Sécurité sociale (imprimé joint avec la carte Vitale) de l'adhérent et de ses ayants droit (conjoint et enfant(s) autonomes en Sécurité sociale) en cas d'adhésion de ces derniers ;
- Copie du dernier bulletin de paie (pour les actifs) ou dernier bulletin de pension / certificat d'inscription de pension civile et de retraite et notifications des autres régimes de retraite (pour les agents retraités) ;
- Copie de l'arrêté de nomination en qualité de stagiaire ou de l'arrêté de titularisation et dernier arrêté de position ou dernier arrêté d'affectation (pour les agents titulaires) ;
- Copie du contrat de travail signé avec l'employeur (pour les agents contractuels) et attestation de l'employeur certifiant le droit de l'agent adhérent à bénéficier du dispositif de référencement (pour les agents contractuels sous contrat à durée déterminée d'au moins 12 mois) ;
- Copie du document vous plaçant à temps partiel le cas échéant ;
- Imprimé ' Désignation de bénéficiaire(s) ' en cas de décès de l'adhérent, si vous ne souhaitez pas adopter la clause type des bénéficiaires ;
- Si le paiement par prélèvement des cotisations est choisi, Mandat de prélèvement SEPA dûment rempli accompagné de vos coordonnées bancaires SEPA (Single Euro Payments Area) mentionnant votre IBAN (numéro d'identification international) et votre BIC (code international d'identification) - accompagné d'un RIB s'il est différent de celui joint pour le versement des prestations ;
- Relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations.

› Vous n'êtes pas adhérent :

Pour obtenir un rendez-vous téléphonique personnalisé (précisez dans l'objet du mail " Demande de rendez-vous "):

contact-secteurs-publics@harmonie-mutuelle.fr



Du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30

› Vous êtes adhérent :

Harmonie Mutuelle
Rue Berrier Fontaine - BP 1410
83056 Toulon cedex
Tél. 09 70 82 41 16
Votre espace personnel : espaceadherent.harmonie-fp.fr

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

MUTEX : Société anonyme au capital de 37 302 300 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040 - agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22. Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Ressources Mutuelles Assistance : Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIREN sous le N° Siren 444 269 682, dont le siège est : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex.

CFDP Assurances : Entreprise d'assurances régie par le code des Assurances - Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social : 62, rue Bonnel - 69003 Lyon, immatriculée au RCS de Lyon sous le N° 958 506 156.