

# BULLETIN D'ADHÉSION

ASSOCIATION DU COMITÉ  
DE GROUPE RAMSAY  
GÉNÉRALE DE SANTÉ

Date d'effet ..... / ..... / 20 .....

N° de gestion du contrat **P17INTP237**

N° d'adhérent (réservé à la mutuelle) .....

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité  M.  M<sup>me</sup> Nom ..... Nom de naissance ..... Prénom .....

Adresse ..... Code postal [.....]

Commune ..... Tél. [.....] Tél. portable [.....]

E-mail (en majuscule) .....

Je souhaite recevoir par voie électronique les informations et les offres d'Harmonie Mutuelle : • Par E-mail :  Oui  Non

• Par SMS :  Oui  Non

Situation familiale ..... Profession ..... Date d'embauche ..... / ..... / ..... Catégorie .....

**GARANTIE**  Régime A (01ANSA)  Régime B (02ANSA)  Régime C (03ANSA)  Régime D (04ANSA)

## 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)
Adhérent (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 gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (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 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 (- 3 mois) 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 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 accepter tous les termes.

## 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 indispensable au traitement de votre adhésion.

Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisés aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou 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 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 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. 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 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

1<sup>er</sup> exemplaire pour la mutuelle  
2<sup>e</sup> exemplaire pour l'adhérent

Pour toute question,  
venez nous rencontrer en agence  
ou sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)

Fait le .....

Signature de l'adhérent

[Signature]

