Bulletin d'adhésion à la mutuelle

GRANDE COURONNE

Cadre réservé à la collectivité

Nom de la collectivité .....

Adresse .....

.....

Date d'embauche .....

Mois de paiement de la 1re cotisation .....

Si participation modulée par la collectivité :
contribution brute mensuelle par agent : .....

Certifié conforme,
date et cachet de la collectivité

V3 AO 2016

Vous souhaitez adhérer : comment faire ?

1. Remplissez ce bulletin d'adhésion en indiquant toutes les personnes qui seront prises en charge (voir au verso).
2. Joignez un ou plusieurs relevés d'identité bancaire ou postale.
3. Datez et signez ces documents.
4. Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale, ainsi que celle de votre conjoint si nécessaire.
5. Retournez votre dossier auprès du correspondant de votre collectivité qui remplira le cadre ci-dessus.

Dossier de l'agent

Vous êtes déjà adhérent à la mutuelle _____ Indiquez votre numéro |___.___.___.___.___.___.___.___|

Les cotisations perçues par avance vous seront remboursées.

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |___.___| |___.___| |___.___.___.___|

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. ..... E-mail .....

Profession de l'agent .....

Situation de famille ◯ célibataire ◯ veuf(ve) ◯ séparé(e) ◯ marié(e) ◯ divorcé(e) ◯ union libre

Adresse de votre caisse primaire d'Assurance maladie : .....

.....

N° du régime obligatoire |___|___.___|___.___|___.___|___.___.___|___.___.___| Clé |___.___|

Régime obligatoire ◯ général ◯ MSA

Garantie choisie : ◯ Base + ◯ Option1 ou ◯ option 2

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec la Sécurité sociale ◯ oui ◯ non

Zone réservée à Harmonie Mutuelle

N° famille ..... N° usager .....

N° groupement ..... Date d'adhésion ..../..../....

Code INSEE |___.___.___.___| Prélèvement (0/1) .....

Type |___.___.___| CSP |___.___| Stage ..../..../....

Appel .....

Date recouvrement ..../..../....

Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre vie

MNT

N'oubliez pas de signer votre bulletin d'adhésion au verso.

Bulletin d'adhésion :
indiquez ici les membres de votre famille qui bénéficieront avec vous des garanties

Conjoint Votre conjoint adhère-t-il avec vous ? ◯ oui ◯ non

Si non Indiquez sa mutuelle .....

Si oui Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Profession ..... Employeur .....

Régime obligatoire ◯ général ◯ MSA ◯ autres .....

Adresse de sa caisse primaire d'Assurance maladie .....

..... N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

Pour les remboursements de mon conjoint, j'accepte les échanges automatiques avec la Sécurité sociale ◯ oui ◯ non

1er enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__| Emploi (3) .....

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

2e enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__| Emploi (3) .....

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

3e enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__| Emploi (3) .....

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

4e enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__| Emploi (3) .....

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

5e enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__| Emploi (3) .....

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|(2)

(1) Pour les agents d'Alsace / Moselle.
(2) Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale.
(3) S'il a plus de 16 ans, indiquez sa profession ou s'il est étudiant, apprenti ou au chômage.

AGENCEWOW - 01/17

« Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur la mutuelle et avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle ainsi que de la notice d'information de mon contrat, dont je m'engage à respecter les termes ainsi que les décisions prises en assemblée générale par les délégués élus chargés de représenter ma section de vote.

En application des articles 27, 32, 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 (Loi informatique et libertés), modifiée par la Loi de confiance sur l'économie numérique de juin 2004, je suis informé(e) de ce que mes réponses sont nécessaires pour mon adhésion et le traitement de mon dossier. Les destinataires de ces informations sont la mutuelle Harmonie Mutuelle, ses réassureurs ou les organismes professionnels concernés, qui pourront m'adresser par e-mail ou voie postale des propositions et documents commerciaux susceptibles de m'intéresser. **Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions ou documents, je coche la case suivante** ◯
Je peux demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en m'adressant à la mutuelle.

Au cours d'un entretien, notamment téléphonique, avec un conseiller Harmonie Mutuelle, l'échange d'informations peut être enregistré, servant éventuellement de preuve et permettant le contrôle de la qualité ou la formation du personnel. Je reconnais en avoir été préalablement informé et accepte la mise en place de cette procédure ».

Fait à ..... le ..... Signature de l'adhérent

MUTUALITÉ FRANÇAISE

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, numéro LEI 9695001JUSZH85G4TD57. Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 775 678 584, numéro LEI 9695000QHEMSMEFFF29. Siège social : 4 rue d'Athènes - 75009 Paris.