Bulletin d'adhésion

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

N° de gestion du contrat (obligatoire) . . P18INT0068 . . . .
N° de groupe assurés (obligatoire) . . . . . .
N° d'adhérent . . . . . .

Cachet de l'entreprise *(obligatoire)*

ANAMAAF
Accueillons-ensemble

Identification de l'adhérent

Civilité ◯ M. ◯ Mme Nom . . . . . Prénom . . . . . .
Adresse . . . . . Code postal |_ _ _ _ _|
Commune . . . . . Tél. |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _| Tél. portable |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|
E-mail (en majuscule) . . . . . .

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

Situation familiale . . . . . Profession . . . . . Date d'embauche . . . . / . . . . / 20 . . . . Catégorie . . . . . .

Garantie . . . . . .

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 2 Autre |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _|	|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|
Bénéficiaire 4			|_ _|_ _|_ _ _ _|		◯ rattaché bénéficiaire 1 ◯ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _|	|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|
Bénéficiaire 5			|_ _|_ _|_ _ _ _|		◯ rattaché bénéficiaire 1 ◯ rattaché bénéficiaire 2 Autre |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _|	|_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|
Bénéficiaire 6			|_ _|_ _|_ _ _ _|		◯ rattaché bénéficiaire 1 ◯ 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.*

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez :

*Jour souhaité * : le 5 ◯ le 10 ◯ le 15 ◯ - (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.

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) . . . . . .

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.

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

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

V. 12-2013 (ME-STV)

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

Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre santé

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. PARAGRAPHE *imageurs* - 1852A-1213_CSBA