

Bulletin d'adhésion surcomplémentaire facultative

(garantie santé non responsable)



Date d'effet 01/01/2018

Réservé à la mutuelle

N° de gestion du contrat
N° de groupe assurés
Mise en gestion :
 auto instance manuelle
Motif :

Identification de l'adhérent

Civilité M. M^{me} Nom Prénom
Adresse Code postal
Commune Tél. Tél. portable
E-mail (en majuscule)

J'accepte de recevoir par mail ou sms des informations sur la vie de mon contrat et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.

Personnes à garantir :

Ne peuvent être couvertes que les personnes déjà affiliées sur le contrat de base obligatoire entreprise.

| | Nom | Prénom | Date de naissance |
|--|-----|--------|-------------------|
| Adhérent (bénéficiaire 1) | | | |
| Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2) | | | |
| Bénéficiaire 3 | | | |
| Bénéficiaire 4 | | | |
| Bénéficiaire 5 | | | |
| Bénéficiaire 6 | | | |

Régime obligatoire de l'adhérent : général local autre :
Régime obligatoire du conjoint : général local autre :

Modalités d'adhésion

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 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.

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.

Conformément à l'article L. 223-1 du code de la consommation, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Pour plus d'informations, consultez le site www.bloctel.gouv.fr.

Pour toute question,

consultez votre correspondant en entreprise
ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

Fait le

Signature de l'adhérent

.....

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 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Harmonie
mutuelle
GROUPE vyv