Bulletin d'adhésion

au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

Cfdt: métallurgie

FGMM

Identification de l'adhérent

Civilité ◯ M. ◯ Mme Nom . . . . . Prénom . . . . .

Adresse . . . . . Code postal |_._._._._._|

Commune . . . . . Tél. |_._._._._._._| Tél. portable |_._._._._._._|

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

Entreprise . . . . . Date d'adhésion CFDT . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

◯ Personne jeune - de 30 ans
◯ Personne seule + de 30 ans
◯ Familiale actifs
◯ Personne retraitée seule
◯ Familiale retraités
◯ Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance

Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 /. . . / 20 . . .

Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1er enfant								
2e enfant								
3e enfant								
4e enfant								
5e enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

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

*Jour souhaité * : le 5 ◯ le 10 ◯ le 15 ◯ le 20 ◯ - (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,
- 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.

Fait en trois exemplaires, le . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Signature de l'adhérent

1er exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
2e exemplaire destiné au syndicat CFDT
3e exemplaire destiné à l'adhérent

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

Bulletin d'adhésion

au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

Cfdt: métallurgie

FGMM

Identification de l'adhérent

Civilité ◯ M. ◯ Mme Nom . . . . . Prénom . . . . .

Adresse . . . . . Code postal |_._._._._._|

Commune . . . . . Tél. |_._._._._._._| Tél. portable |_._._._._._._|

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

Entreprise . . . . . Date d'adhésion CFDT . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

◯ Personne jeune - de 30 ans
◯ Personne seule + de 30 ans
◯ Familiale actifs
◯ Personne retraitée seule
◯ Familiale retraités
◯ Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance

Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 /. . . / 20 . . .

Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1er enfant								
2e enfant								
3e enfant								
4e enfant								
5e enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

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

*Jour souhaité * : le 5 ◯ le 10 ◯ le 15 ◯ le 20 ◯ - (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,
- 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.

Fait en trois exemplaires, le . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Signature de l'adhérent

1er exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
2e exemplaire destiné au syndicat CFDT
3e exemplaire destiné à l'adhérent

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

Bulletin d'adhésion

au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

Cfdt: métallurgie

FGMM

Identification de l'adhérent

Civilité ◯ M. ◯ Mme Nom . . . . . Prénom . . . . .

Adresse . . . . . Code postal |_._._._._._|

Commune . . . . . Tél. |_._._._._._._| Tél. portable |_._._._._._._|

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

Entreprise . . . . . Date d'adhésion CFDT . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Je demande mon adhésion à la garantie complémentaire santé et aux options suivantes :

◯ Personne jeune - de 30 ans
◯ Personne seule + de 30 ans
◯ Familiale actifs
◯ Personne retraitée seule
◯ Familiale retraités
◯ Je désire être contacté par un conseiller pour avoir des informations sur les garanties prévoyance et dépendance

Date d'adhésion à Harmonie Mutuelle au 01 /. . . / 20 . . .

Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Sit. Fam. (1)	N° de Sécurité sociale	Régime R.O. (2)	Garanties (à préciser)
Adhérent								
Conjoint(e)								
1er enfant								
2e enfant								
3e enfant								
4e enfant								
5e enfant								

(1) C : Célibataire M : Marié(e) D : Divorcé(e) S : Séparé(e) U : Union Libre P : PACS V : Veuf(ve)
(2) 01 : CPAM 02 : MSA 03 : Travailleurs non salariés 06 : ENIM 94 : Fonctionnaires 99 : Autres (à préciser)

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

*Jour souhaité * : le 5 ◯ le 10 ◯ le 15 ◯ le 20 ◯ - (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,
- 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.

Fait en trois exemplaires, le . . . . / . . . . / 2 0 . . . .

Signature de l'adhérent

1er exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
2e exemplaire destiné au syndicat CFDT
3e exemplaire destiné à l'adhérent

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

Harmonie mutuelle

Mandat de prélèvement SEPA Entreprises /Collectivités

SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

ICS : FR50ZZZ609143

Zone réservée au créancier

N° RUM (Référence unique du mandat) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Harmonie Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Harmonie Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Titulaire du compte

Dénomination sociale

Numéro SIREN

Adresse

Code postal Ville

Pays

Souscripteur du contrat auprès de la mutuelle

(à compléter si différent du titulaire du compte)

Dénomination sociale

Numéro SIREN

Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number)

BIC / SWIFT (Business Identifier Code)

☑ Prélèvements récurrents

Nom et adresse du créancier

Harmonie Mutuelle
143, rue Blomet
75015 Paris

Nom, prénom, qualité et signature

Fait à .....

le .....

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre avis d'échéance.

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».

1877A-1013-CSAU