



Complémentaire santé des salariés et TNS



Demande d'adhésion

Demande de modification - N° adhérent (obligatoire) .....

Observation

Réservé à la mutuelle

N° adhésion .....

N° groupe .....

Civilité  M.  M<sup>me</sup>

Nom ..... Prénom ..... Situation familiale<sup>(1)</sup> .....

Enseigne ..... Raison sociale .....

Adresse professionnelle .....

Code postal | ..... | Commune .....

Tél. pro. | ..... | E-mail<sup>(1)</sup> (en majuscules) .....

Tél. portable<sup>(1)</sup> | ..... |  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.

Situation professionnelle<sup>(1)</sup> :

Artisan  Commerçant  Profession libérale - Activité<sup>(1)</sup> : .....  Autres : .....

Forme de l'exercice de l'activité :  Entreprise en nom propre ou  Société - Nature juridique .....

Qualité dans la société ..... Nombre de salariés<sup>(1)</sup> .....

Date de clôture de l'exercice comptable demandée si différente de décembre : | ..... jour | ..... mois |

Siret | ..... |

Adresse personnelle<sup>(1)</sup> .....

Code postal<sup>(1)</sup> | ..... | Commune<sup>(1)</sup> .....

Téléphone<sup>(1)</sup> | ..... |

(1) Informations demandées à titre facultatif.

### Je souhaite protéger les personnes suivantes :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe <sup>(1)</sup>	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire <sup>(2)</sup>	Échanges automatiques avec le régime obligatoire <sup>(3)</sup>
Adhérent (bénéficiaire 1)			.....		.....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)			.....		.....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 3			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre   .....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 4			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre   .....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 5			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre   .....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 6			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre   .....	.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Régime obligatoire de l'adhérent  général  local<sup>(4)</sup>  autre ..... / du conjoint  général  local<sup>(4)</sup>  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.

Je demande l'adhésion à la garantie suivante, dans le cadre de la loi Madelin, à effet du ...../...../..... : Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3

### Loi Madelin (réservée aux professions indépendantes non agricoles en activité)

Je demande mon adhésion à l'association HPI et au contrat collectif d'assurance frais de santé souscrit auprès de la mutuelle par celle-ci au profit de ses membres et j'atteste sur l'honneur être à jour de mes cotisations au titre des régimes obligatoires d'Assurance maladie et d'Assurance vieillesse. À ce titre, je m'engage à fournir à la mutuelle, dès l'adhésion et chaque année, l'attestation délivrée à cet effet.

### Mes cotisations

Le montant de ma cotisation en euros - Garantie Santé : ..... € (TTC par mois)

Le règlement des cotisations est effectué par  L'adhérent  L'entreprise

Mode de paiement :  chèque  prélèvement Périodicité :  mois (prélèvement obligatoire)  trimestre  semestre  année

Date de prélèvement :  le 5 du mois  le 10 du mois  le 15 du mois  le 20 du mois

Sans précision, celui-ci sera fait le 5 de chaque mois.

## Modalités d'adhésion à la mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion ou demande de modification.

Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites précédemment.

### Je déclare avoir reçu et pris connaissance :

- des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle ;
- de la notice d'information détaillant mes droits et obligations dans le cadre de mon adhésion au contrat collectif d'assurance frais de santé santépme souscrit par HPI auprès de la mutuelle et des statuts de HPI ;
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services, contrat souscrit par la mutuelle au bénéfice de ses membres auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet à la date 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, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, et à HPI. Ces informations pourront également être communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion.

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](http://www.bloctel.gouv.fr).

## Remboursement et versement de mes prestations santé

Je serai remboursé(e) par virement sur mon compte, je recevrai un relevé périodique des remboursements effectués.

Si virement des prestations sur un autre compte (joindre RIB)

Je souhaite bénéficier du service «relevés de santé» en ligne et des services internet de la mutuelle et j'accepte les conditions générales d'utilisation de ces services remises avec le bulletin d'adhésion.

E-mail : .....@.....

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:

## Pièces à joindre

- 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 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.
- Pour les naissances ou adoptions : joindre un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption.

## Modalités de renonciation à l'adhésion

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de votre agence dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, une lettre recommandée rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le...

Date et signature.

La mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

J'ai bien pris connaissance que pour bénéficier de cette offre, je dois être adhérent CPME.

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent

### Réservé à la mutuelle

Nom conseiller :

Position :

Identité de l'adhérent :

Centre de gestion :

1<sup>er</sup> exemplaire pour l'adhérent, 2<sup>nd</sup> exemplaire pour la Mutuelle.

V. 01.2017

**Harmonie Professions Indépendantes (HPI)**, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et soumise aux dispositions des articles L.144-1 et suivants du Code des Assurances. Siège social: 28 rue de Rennes - 49000 Angers.

**Ressources Mutuelles Assistance** – Union Technique d'Assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – BP 62 127 – 44 121 VERTOU Cedex, immatriculée au Répertoire SIREN sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.

**La garantie santépme** est assurée par 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 n° 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Harmonie  
mutuelle

En harmonie avec votre vie