



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

Bulletin d'adhésion au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

M. Mme

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél. E-mail

Entreprise

Date d'adhésion CFDT

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

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)								
1 ^{er} enfant								
2 ^e enfant								
3 ^e enfant								
4 ^e enfant								
5 ^e 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)

Pièces à joindre obligatoirement à votre bulletin d'adhésion

- Important :**
- Copie de l'attestation carte Vitale pour chaque personne à garantir
 - Relevé d'identité bancaire ou postale pour le virement de vos prestations et éventuellement pour le prélèvement de vos cotisations
 - Autorisation de prélèvements ci-jointe

Je suis informé de ce que les renseignements portés sur ce bulletin d'adhésion seront transcrits sur un fichier informatisé destiné à gérer mes cotisations et mes prestations. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, Informatique et libertés, je peux demander communication et rectification des tous renseignements me concernant. Ce droit peut s'exercer au siège de la mutuelle.

Fait en trois exemplaires, le

- 1^{er} exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
- 2^e exemplaire destiné au syndicat CFDT
- 3^e exemplaire destiné à l'adhérent
- 4^e page destinée à la FGMM - CFDT

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assurance santé souscrit par la FGMM-CFDT auprès d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information des garanties assistance souscrites par Harmonie Mutuelle au bénéfice de ses adhérents auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Signature - précédée de la mention «Lu et approuvé»

Exemplaire à envoyer à **FGMM - CFDT • 49, avenue Simon-Bolivar • 75950 Paris Cedex 19**

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin BP 62127 44121 VERTOU Cedex. Conditions générales disponibles sur simple demande à la mutuelle. PARAGRAPHE Imprimeurs - 09/13



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

Bulletin d'adhésion au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

M. Mme

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél. E-mail

Entreprise

Date d'adhésion CFDT

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

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)								
1 ^{er} enfant								
2 ^e enfant								
3 ^e enfant								
4 ^e enfant								
5 ^e 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)

Pièces à joindre obligatoirement à votre bulletin d'adhésion

- Important :**
- Copie de l'attestation carte Vitale pour chaque personne à garantir
 - Relevé d'identité bancaire ou postale pour le virement de vos prestations et éventuellement pour le prélèvement de vos cotisations
 - Autorisation de prélèvements ci-jointe

Je suis informé de ce que les renseignements portés sur ce bulletin d'adhésion seront transcrits sur un fichier informatisé destiné à gérer mes cotisations et mes prestations. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, Informatique et libertés, je peux demander communication et rectification des tous renseignements me concernant. Ce droit peut s'exercer au siège de la mutuelle.

Fait en trois exemplaires, le

- 1^{er} exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
- 2^e exemplaire destiné au syndicat CFDT
- 3^e exemplaire destiné à l'adhérent
- 4^e page destinée à la FGMM - CFDT

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assurance santé souscrit par la FGMM-CFDT auprès d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information des garanties assistance souscrites par Harmonie Mutuelle au bénéfice de ses adhérents auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Signature - précédée de la mention «Lu et approuvé»

Exemplaire à conserver par le syndicat CFDT.



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

Bulletin d'adhésion au contrat groupe

« FGMM - CFDT / Somilor - Harmonie Mutuelle »



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

M. Mme

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél. E-mail

Entreprise

Date d'adhésion CFDT

Cachet du syndicat CFDT

Nom du secrétaire

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)								
1 ^{er} enfant								
2 ^e enfant								
3 ^e enfant								
4 ^e enfant								
5 ^e 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)

Pièces à joindre obligatoirement à votre bulletin d'adhésion

- Important :**
- Copie de l'attestation carte Vitale pour chaque personne à garantir
 - Relevé d'identité bancaire ou postale pour le virement de vos prestations et éventuellement pour le prélèvement de vos cotisations
 - Autorisation de prélèvements ci-jointe

Je suis informé de ce que les renseignements portés sur ce bulletin d'adhésion seront transcrits sur un fichier informatisé destiné à gérer mes cotisations et mes prestations. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, Informatique et libertés, je peux demander communication et rectification des tous renseignements me concernant. Ce droit peut s'exercer au siège de la mutuelle.

Fait en trois exemplaires, le

- 1^{er} exemplaire destiné à la FGMM - CFDT accompagné des pièces demandées ci-dessus
- 2^e exemplaire destiné au syndicat CFDT
- 3^e exemplaire destiné à l'adhérent
- 4^e page destinée à la FGMM - CFDT

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assurance santé souscrit par la FGMM-CFDT auprès d'Harmonie Mutuelle, de la notice d'information des garanties assistance souscrites par Harmonie Mutuelle au bénéfice de ses adhérents auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Signature - précédée de la mention «Lu et approuvé»

Exemplaire à conserver par l'adhérent.



Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

Autorisation de prélèvements

Numéro national d'émetteur

482207

Caractéristiques du compte à débiter

Titulaire du compte

Banque ou CCP

Agence

Compte à débiter

Établissement	Code Guichet	Code N° du compte	Clé RIB
---------------	--------------	-------------------	---------

.....

Références du débiteur

N° adhérent

Nom

Prénom

Adresse

.....

Code postal

Ville

Désignation de l'organisme encaisseur ou créancier

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.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par Harmonie Mutuelle. Il est bien entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec Harmonie Mutuelle. Vous n'avez pas à m'aviser de l'exécution ou de la non-exécution des opérations, hors l'extrait de compte que vous m'adresserez.

Fait à

le

Signature

Tous les mois

Le prélèvement mensuel vous permet d'équilibrer votre budget en étalant le paiement de votre cotisation.

Exemplaire à envoyer à **FGMM - CFDT • 49, avenue Simon-Bolivar • 75950 Paris Cedex 19**

Les informations contenues dans la présente demande 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 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004.

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. Les prestations d'assistance sont assurées par **Reassurances Mutuelles Assistance**, union technique soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin (BP 62127) 44121 VERTOU Cedex. Conditions générales disponibles sur simple demande à la mutuelle. PARAGRAPHE Imprimeurs - 09/13