



RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIE

AU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE

☐ **AFFILIATION** Date d'effet : | | | | | | | |

☐ **MODIFICATION** : Date d'effet : | | | | | | | | ☐ Modification administrative (sous réserve de la production des justificatifs prévus)

☐ Ajout / radiation d'ayant(s) droit

☐ Changement d'option

» INFORMATIONS

IDENTIFICATION ENTREPRISE

Raison sociale : DAWAN

Adresse du siège social : 32 bd Vincent Gâche

Code postal : 44200 Ville : Nantes

IDENTIFICATION SALARIÉ

Nom (en majuscule) : Ben Gamra

Nom de naissance (en majuscule) :

Prénom(s) (en majuscule) : Feres

Adresse : 15 rue Gina Pane

Code postal : 350000 Ville : Rennes

Téléphone : 07 61 89 72 94 E-mail (en majuscule) feresbengamra@gmail.com

Numéro de Sécurité sociale : 187119935122292 Date de naissance : 02 11 1987

Régime obligatoire : ☒ Général ☐ Local

Catégories* : ☐ Cadres : salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

☒ Non Cadres : OETAM hors article 4 bis CCN47

Date d'entrée dans l'entreprise : 03 01 2022

Situation de famille : ☐ Célibataire ☒ Marié-e ☐ Pacsé-e ☐ Divorcé-e ☐ Veuf-ve

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise*

☒ Base conventionnelle ☐ Base + option 1 obligatoire ☐ Base + option 2 obligatoire ☐ Base + option 3 obligatoire

RÉFÉRENCES A RAPPELER SI DÉJÀ ADHÉRENT

N° de gestion de contrat : | | | | | | | |

N° de groupe assurés : 01ENSP N° d'adhérent : | | | | | | | |

» GARANTIE FACULTATIVE SOUSCRITE

» En complément des garanties souscrites par votre employeur vous pouvez :

- étendre cette garantie à votre conjoint ou assimilé* : ☒ OUI ☐ NON

- améliorer vos garanties en souscrivant à l'option supérieure (l'option choisie s'appliquera pour vous même et le cas échéant à votre conjoint pour lesquels vous aurez l'extension)* : ☐ OPTION 1 FACULTATIVE ☐ OPTION 2 FACULTATIVE ☐ OPTION 3 FACULTATIVE

» Télétransmission Noémie : souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et votre mutuelle* : ☒ OUI ☐ NON

» La cotisation des options facultatives est à votre charge et sera appelée selon les modalités choisies par votre employeur. Dans le cas où l'entreprise n'assure pas le précompte des cotisations des améliorations facultatives, vous devez joindre un mandat SEPA dûment complété et signé.

» Si prélèvement sur le compte bancaire 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 ☐

* Cocher la case correspondante

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour l'affiliation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
Ben Gamra	Rim	Femme	2 9 4 0 7 9 9 3 5 1 2 6 0 8 2	03.07.1994		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ben Gamra	Taym	enfant	1 2 0 0 3 3 5 2 3 8 9 4 9 7 2	30.03.2020	1	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Lien de parenté (2) Rang de naissance (3) Noémie: Télétransmission des décomptes vers votre caisse de Sécurité sociale - Cocher la case OUI ou NON

IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur* : ☐ OUI ☒ NON

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires. En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

* Cocher la case correspondante

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Adhérent	<p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p> <p>» Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations</p>
Conjoint	<p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Concubin	<p>» Copie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition...</p> <p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Partenaire de PACS	<p>» Copie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal judiciaire</p> <p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	<p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.</p>
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	<p>» Copie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours</p> <p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	<p>» Copie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance</p> <p>» Copie du dernier bulletin de salaire</p> <p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	<p>» Copie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude</p> <p>» Copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi</p> <p>» Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale</p>
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	<p>» Copie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).</p>

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 des documents ci-dessous et en accepter tous les termes :

- des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle,
- de la notice d'information du contrat collectif signé entre la mutuelle et le souscripteur,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

» FORMALITÉS

Fait à : Rennes

Le : 07/01/2022

Signature du salarié



Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

» À RETOURNER À

.....

.....

.....

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux ☐ et téléphone ☐, sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).