

# Bulletin d'adhésion HS+51

Réalisé en ligne le 18/05/2015

No. de transaction : fr05385184730001120150518869470

No. du dossier : 340905859



## Coordonnées de l'adhérent

M. Alexis Largaiolli

Sexe

Célibataire

Né le : 14/01/1991 Coordonnées

Adresse: 113 Rue du Faubourg Boutonnet

MONTPELLIER 34090

Téléphone: 0648502320

Email: alexis.largaiolli@gmail.com

Régime de sécurité sociale général No. :1910121231457 - 66

Caisse Régime obligatoire :341

- Je n'accepte pas d'être contacté(e) par Harmonie Mutuelle par courrier électronique à des fins commerciales, d'information ou d'enquête. A l'occasion de chaque envoi, j'aurai la possibilité de mettre fin à ces communications.
- Je n'accepte pas que mes informations personnelles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone.







# Mon offre de garantie

#### Montant et date d'effet

Harmonie Santé Plus HS+51 à partir du :18/05/2015

Tarif Mensuel 14.1 €TTC

Un délai de stage de 3 mois, valable pour chaque bénéficiaire, s'applique en hospitalisation selon les conditions définies dans le règlement mutualiste remis à l'adhésion.

Si vous présentez un certificat de radiation attestant que vous ou l'un de vos bénéficiaires bénéficiez d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion, le délai de stage ne sera pas appliqué pour la personne concernée.

## **Règlements & Remboursements**

# Règlements automatiques par prélèvement bancaire :

- sur votre compte bancaire PSSTFRPPDIJ FR26 2004 1010 0409 7240 6B tous les 10 du mois
- Les mensualités du mois en cours et du mois suivant ont été prélevées sur votre carte bancaire xxxx xxxx xxxx xx62 pour un montant de : 20.47 €

#### Remboursements de vos prestations de santé :

- Vous serez remboursé par virement sur votre compte bancaire.
- Vous recevrez gratuitement votre relevé de prestations tous les mois
- Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.



## Modalités d'adhésion à la mutuelle

J'atteste de l'exactitude des renseignements saisis sur le site internet Harmonie-Mutuelle.fr et reconnais avoir reçu les informations précontractuelles liées à la vente à distance. Je déclare avoir pris connaissance du montant de ma cotisation rappelé ci-dessus.

Je déclare avoir reçu, pris connaissance et accepté les dispositions :

- Des statuts et le règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle
- Du règlement mutualiste Harmonie Santé Plus
- Du tableau descriptif des garanties choisies
- Des notices d'information résumant les conditions générales des contrats collectifs d'assistance, de protection juridique, et, le cas échéant, de remboursement optique supplémentaire souscrits auprès de Ressources Mutuelles Assistance, de Matmut Protection Juridique et de Sphéria Vie.

Je demande expressément l'exécution de mon contrat mutualiste à la date d'effet indiquée ci-dessus.

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 également être communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion. 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.

## Modalités d'adhésion à la mutuelle

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 votre adhésion en ligne, une lettre 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, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

# Fait le 18/05/2015, en deux exemplaires Signature :



La garantie Santé 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. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

La garantie d'assistance est assurée par Ressources Mutuelles Assistance, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU cedex.

La protection juridique est assurée par Matmut Protection Juridique, Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances. R.C.S. ROUEN 423 499 391.

- Siège social : 66, rue de Sotteville – 76100 ROUEN.

Le remboursement optique supplémentaire est le cas échéant assuré par Sphéria Vie, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 18 420 000 euros, immatriculée au RCS d'ORLEANS sous le numéro 414 494 708. Entreprise régie par le code des Assurances





# Mandat de prélèvement SEPA

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

| Zone réservée au créancier —   |   |  |  |
|--|---|--|--|
| N# RUM (Référence unique du mandat) :  |   |  |  |
| The North (North Colonies anique du manade).   |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
| En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Harmonie Mutuelle à envoyer des votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Harmonie Mut 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 da autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu | ruelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre<br>e.<br>ate de débit de votre compte pour un prélèvement |  |  |
| Titulaire du compte  |   |  |  |
| Nom et prénom M. Alexis Largaiolli   |   |  |  |
| None et prenom W. Alexis Eargaron  |   |  |  |
| Adresse 113 Rue du Faubourg Boutonnet  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
| Code postal 34090 Ville MONTPELLIER  |   |  |  |
| Pays France  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
| Désignation du compte  | à débiter   |  |  |
| -  |   |  |  |
| IBAN (International Bank Account Number)   F   R   2   6       2   0   0     4     1   0   | 0  1 0   0  4 0 9    7 2 4 0    6 B   |  |  |
|  |   |  |  |
| BIC / SWIFT (Business Identifier Code)   P   S   S   T   F   R   P   P   D   I   J   | Prélèvements récurrents   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
| Nom et adresse du créancier  |   |  |  |
| Harmonie Mutuelle  |   |  |  |
| 143, rue Blomet  |   |  |  |
| 75015 Paris  |   |  |  |
|  |   |  |  |
| г  |   |  |  |
| Fait à   | Signature   |  |  |

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

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 recti#cation auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».



ICS: FR50ZZZ609143



# Bulletin d'adhésion HS+51

Réalisé en ligne le 18/05/2015

No. de transaction : fr05385184730001120150518869470

No. du dossier : 340905859



# Coordonnées de l'adhérent

M. Alexis Largaiolli

Sexe

Célibataire

Né le : 14/01/1991

Coordonnées

Adresse: 113 Rue du Faubourg Boutonnet

MONTPELLIER 34090

Téléphone: 0648502320

Email: alexis.largaiolli@gmail.com

Régime de sécurité sociale général No. :1910121231457 - 66

Caisse Régime obligatoire :341

- Je n'accepte pas d'être contacté(e) par Harmonie Mutuelle par courrier électronique à des fins commerciales, d'information ou d'enquête. A l'occasion de chaque envoi, j'aurai la possibilité de mettre fin à ces communications.
- Je n'accepte pas que mes informations personnelles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone.







## Mon offre de garantie

#### Montant et date d'effet

Harmonie Santé Plus HS+51 à partir du :18/05/2015

Tarif Mensuel 14.1 €TTC

Un délai de stage de 3 mois, valable pour chaque bénéficiaire, s'applique en hospitalisation selon les conditions définies dans le règlement mutualiste remis à l'adhésion.

Si vous présentez un certificat de radiation attestant que vous ou l'un de vos bénéficiaires bénéficiaez d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion, le délai de stage ne sera pas appliqué pour la personne concernée.

## **Règlements & Remboursements**

# Règlements automatiques par prélèvement bancaire :

- sur votre compte bancaire PSSTFRPPDIJ FR26 2004 1010 0409 7240 6B tous les 10 du mois
- Les mensualités du mois en cours et du mois suivant ont été prélevées sur votre carte bancaire xxxx xxxx xxxx xx62 pour un montant de : 20.47 €

#### Remboursements de vos prestations de santé :

- Vous serez remboursé par virement sur votre compte bancaire.
- Vous recevrez gratuitement votre relevé de prestations tous les mois
- Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.



## Modalités d'adhésion à la mutuelle

J'atteste de l'exactitude des renseignements saisis sur le site internet Harmonie-Mutuelle.fr et reconnais avoir reçu les informations précontractuelles liées à la vente à distance. Je déclare avoir pris connaissance du montant de ma cotisation rappelé ci-dessus.

Je déclare avoir reçu, pris connaissance et accepté les dispositions :

- Des statuts et le règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle
- Du règlement mutualiste Harmonie Santé Plus
- Du tableau descriptif des garanties choisies
- Des notices d'information résumant les conditions générales des contrats collectifs d'assistance, de protection juridique, et, le cas échéant, de remboursement optique supplémentaire souscrits auprès de Ressources Mutuelles Assistance, de Matmut Protection Juridique et de Sphéria Vie.

Je demande expressément l'exécution de mon contrat mutualiste à la date d'effet indiquée ci-dessus.

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 également être communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion. 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.

## Modalités d'adhésion à la mutuelle

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 votre adhésion en ligne, une lettre 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, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

# Fait le 18/05/2015, en deux exemplaires Signature :



La garantie Santé 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. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

La garantie d'assistance est assurée par Ressources Mutuelles Assistance, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU cedex.

La protection juridique est assurée par Matmut Protection Juridique, Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances. R.C.S. ROUEN 423 499 391.

- Siège social : 66, rue de Sotteville – 76100 ROUEN.

Le remboursement optique supplémentaire est le cas échéant assuré par Sphéria Vie, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 18 420 000 euros, immatriculée au RCS d'ORLEANS sous le numéro 414 494 708. Entreprise régie par le code des Assurances





# Mandat de prélèvement SEPA

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

| nutuelle   |   |  | ICS: FR50ZZZ609143                               |  |
|--|---|--|--|--|
| Zone réservée au créancier   |   |  |  |  |
| N# RUM (Référence unique du mandat) :  |   |  |  |  |
|  |   | ,<br>  |  |  |
| En signant ce formulaire de mandat, vous au<br>votre banque à débiter votre compte confor<br>banque selon les conditions décrites dans la<br>Une demande de remboursement doit être<br>autorisé. Vos droits concernant le présent ma | rmément aux instructions d'Harmonie Mu<br>convention que vous avez passée avec elle<br>présentée dans les 8 semaines suivant la d | tuelle. Vous bénéficiez du droit<br>e.<br>late de débit de votre compte po | d'être remboursé par votre<br>our un prélèvement |  |
| Titulaire du compte  |   |  |  |  |
| Nom et prénom M. Alexis Largaiolli   |   |  |  |  |
|  |   |  |  |  |
| Adresse 113 Rue du Faubourg Boutonnet  |   |  |  |  |
| Code postal 34090 Pays France  | Ville MONTPELLIER   |  |  |  |
| rays rrance  |   |  |  |  |
| Désignation du compte à débiter  |   |  |  |  |
| IBAN (International Bank Account Number)   | F R 2 6     2 0 0   4   1 0   | 0 1000 409   | 7240   6   8                                     |  |
| BIC / SWIFT (Business Identifier Code)   | P   S   S   T   F   R   P   P   D   I   J   | Ø  | Prélèvements récurrents                          |  |
|  |   |  |  |  |
| Nom et adresse du créancier  |   |  |  |  |
| Harmonie Mutuelle  |   |  |  |  |
| 143, rue Blomet  |   |  |  |  |
| 75015 Paris  |   |  |  |  |
|  |   |  |  |  |
| Fait à   |   | Signature  |  |  |
| le   |   |  |  |  |

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

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 recti#cation auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».

