

Attestation de Réception de la Notice d'Information

**IMPORTANT à remettre à
votre employeur**

Je soussigné(e), PANKAJ SHARMA

Salarié(e) de l'entreprise : HIGHSYS bd des Capucines 75008

Adresse : 26 Rue Singer 75016 Paris

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé mis en place auprès d'Harmonie Mutuelle.

Fait à Paris Le / Dec / 2018

Signature :

Pankaj Sharma

Prévoyance entreprise - Solution Profil

- ☐ Bulletin de désignation de bénéficiaire ⁽¹⁾
☐ Choix de l'option décès par l'assuré ⁽¹⁾⁽²⁾

- ☐ Demande de changement de bénéficiaire ⁽¹⁾
☐ Changement de l'option décès par l'assuré ⁽¹⁾⁽²⁾

Merci d'écrire en MAJUSCULES

ASSURÉ

☐ M^{me} ⁽¹⁾

☒ M. ⁽¹⁾

Nom SHARMA

Prénoms PANKAJ

Nom de naissance

Date de naissance 05 10 1981 Département de naissance

Pays de naissance INDÉ

Lieu de naissance KOTA

Adresse 26 RUE SINGER

Code postal 75016 Ville PARIS

Pays FRANCE

Raison sociale de l'organisme souscripteur

Numéro Siret

Adresse de l'organisme souscripteur

Code postal

Ville

Bureau distributeur

Numéro de contrat

DÉSIGNATION DE MES BÉNÉFICIAIRES

Ce document est à compléter si vous ne souhaitez pas adopter la clause type figurant dans votre notice d'information. Cette désignation annule et remplace toute désignation antérieure éventuelle.

Avant de compléter ce document, lisez attentivement les indications au verso.

Noms ⁽³⁾ et prénoms ou organisme	Date de naissance	Commune de naissance	Ordre de Répartition priorité ⁽⁴⁾ du capital ⁽⁴⁾	Adresse

À défaut, la clause type prévue dans la notice d'information de mon contrat.

Les dates de naissance et adresses ne sont à renseigner que si vous avez désigné les bénéficiaires par leurs noms et prénoms et non par leur qualité.

CHOIX DE L'OPTION DÉCÈS OU CHANGEMENT D'OPTION SI VOTRE CONTRAT OFFRE CE CHOIX

(Parmi les options retenues par votre entreprise et indiquées dans le résumé des garanties en annexe à la notice d'information)

- ☐ OPTION 1 : Capital décès
☐ OPTION 2 : Capital décès minoré + Rente éducation
☐ OPTION 3 : Capital décès + Rente de conjoint



17557
Page 1/2

PARIS

Le

12.2018

Signature de l'assuré

Pankaj Sharma

Bulletin d'adhésion

Date d'effet

N° de gestion du contrat (obligatoire)

N° de groupe assurés (obligatoire)

Pour connaître vos N° de gestion du contrat et de groupe d'assurés, veuillez prendre contact avec votre correspondant entreprise.

N° d'adhérent (réservé à la mutuelle)

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

Identification de l'adhérent

Civilité ☒ M. ☐ M^{me} Nom **SHARMA**

Adresse **26, Rue Singer**

Commune **PARIS**

E-mail (en majuscule) **PANKAJ.SHARMA.BLUE@hotmail.com**

Tél.

Prénom **PANKAJ**

Code postal **75016**

Tél. portable **07 81 49 14 07**

Situation familiale **Marie'**

Profession **Consultant Ressources/Securite**

Date d'embauche

Catégorie

Garantie

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)	SHARMA	PANKAJ	05 oct 81	-	181 10 99 223 060 07	Sécurité S.	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)	SHARMA/ Hoanue	JANINE	28 Mai 54	-	254 05 97 411 336 91	Sécurité Sociale	<input checked="" 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 (4) ☐ autre

/ du conjoint ☒ général ☐ local (4) ☐ 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.

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez : Périodicité souhaitée : Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐
Jour souhaité : le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 ☐ le 20 ☐ (Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

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,
 - si enfant de plus de 20 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation,
 - 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,
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat collectif d'assistance Harmonie Santé Services et, le cas échéant de celle résumant les conditions générales du contrat de protection juridique Harmonie Protection Juridique, contrats souscrits par la mutuelle au bénéfice de ses membres respectivement auprès de Ressources Mutuelles Assistance et de CFDP Assurances.

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.

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.

Pour toute question,

venez nous rencontrer en agence

ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

Fait le **Paris le 10/Dec/2018**
Signature de l'adhérent

Pankaj Sharma

Imprimer

V. 01-2018

1^{er} exemplaire pour la mutuelle et 2^e exemplaire pour l'adhérent

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 969500JLUSZH89G4T057. Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris.
Harmonie Santé Services 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, numéro LEI 969500Y268R0B0A1R028. Siège social : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU cedex. Harmonie Protection Juridique est assurée par CFDP Assurances, siège social : Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 Lyon.



Harmonie
mutuelle
GROUPE VIV

SANTÉ

Régime collectif
et obligatoire

MODÈLE DE DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.

L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAILANT ÊTRE DISPENSÉ D'AFFILIATION ET À REMETTRE À L'EMPLOYEUR (ATTESTATION ET JUSTIFICATIFS À CONSERVER PAR L'EMPLOYEUR)

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

N° : [] [] [] [] Rue/Voie : _____

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____

Code postal : [] [] [] [] Ville : _____

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé : (les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développés au verso)

- ☐ Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- ☐ Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
- ☐ Salarié(e) bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)
- ☐ Salarié(e) à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute
- ☐ Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois,
- ☐ Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois,
- ☐ Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective frais de santé relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- ☐ Salarié(e) présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place (uniquement si mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur).

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evrin.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.
J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. au verso).

Fait à _____
le _____

Signature obligatoire du Salarié





NOTE DE SERVICE

- **NOM DE L'ENTREPRISE : HIGHFI, HIGHSYS, NORMASYS**
- **REFERENCE : 07/RH/112018**
- **REGIME : Frais de Santé Ensemble Du Personnel**
- **REGIME : Prévoyance Cadre et Non Cadre**
- **OBJET : Vos régimes frais de Santé et Prévoyance**

Cher Collaborateur,

A compter du 1^{er} janvier 2019, notre société changera de mutuelle Santé et Prévoyance en accord avec la Direction au profit d'HARMONIE MUTUELLE. Ce changement a été motivé par notre souhait d'améliorer les prestations de nos régimes Santé et Prévoyance.

Outre des niveaux de couvertures supérieurs à ceux dont nous bénéficions aujourd'hui, ce nouveau prestataire nous permet de réaliser une économie sur les cotisations de l'ensemble des salariés. Ainsi, en plus de conditions tarifaires compétitives, nous avons également pu négocier une option facultative vous permettant d'obtenir une meilleure prise en charge suite à la nouvelle réglementation régissant les contrats d'assurance Santé.

Afin que chacun de nous soyons couvert dès le 1^{er} janvier 2019, nous vous remercions d'adresser à Madame Quadrado Daniela – backoffice@highfi.net – 41, boulevard des Capucines 75002 PARIS ; **avant le 15 Décembre 2018** les informations suivantes :

- ❖ Les fiches de renseignements que vous trouverez ci-jointes : mutuelle & prévoyance. **Attention, ces documents valident votre adhésion ainsi que celles de vos éventuels bénéficiaires.**
- ❖ Un RIB (pour les remboursements de vos dépenses de santé et de celles de vos ayants-droit)
- ❖ Une attestation de Sécurité Sociale : la vôtre, celle de votre conjoint(e), de vos enfants si vous avez demandé la connexion NOEMIE (disponible sur ameli.fr ou dans votre centre de Sécurité Sociale)
- ❖ En cas de vie maritale : une attestation d'hébergement et / ou un justificatif de domicile à vos deux noms (si vous souhaitez que cette mutuelle couvre votre conjoint)
- ❖ Les décisions unilatérales de l'employeur sont à nous retourner daté et signé.

Enfin, vous trouverez également en pièce jointe un livret d'information pratique qui vous permettra de connaître les services dont vous bénéficiez via notre nouvel assureur.

Entre-temps, si vous avez des questions ou cas particulier, merci de nous les communiquer.

MERCI !

de votre précieuse collaboration

La Direction
Le 16/11/2018

Numéro de l'assuré : 1 81 10 99 223 060 07

Nom de l'assuré :
SHARMA PANKAJ

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 21/12/2018 au 20/12/2019 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 751 5511	10	1 81 10 99 223 060 07	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		né(e) le/rang
SHARMA PANKAJ	1 81 10 99 223 060 07		05/10/1981 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale,

**BNP PARIBAS****Relevé d'Identité Bancaire / IBAN**

Ce relevé évite les erreurs ou les retards concernant les opérations au débit (prélèvements, ...) ou au crédit (virement de salaire, ...) de votre compte. Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations qui concernent votre compte. N'hésitez pas à le remettre aux organismes concernés par ces opérations.

MME SHARMA JANINE
26 RUE SINGER
75016 PARIS

Compte en EUR (EURO)

RIB	Code Banque (1)	Code Agence (2)	Numéro de compte (3)	Clé RIB (4)	Votre agence de domiciliation (5)
	30004	01608	00000249992	18	BOULOGNE POINT J (01608)

IBAN : FR7630004016080000024999218 (6)**BIC : BNPAFRPPXXX (7)**

(1) Code de BNP Paribas

(3) Votre numéro de compte

(5) Agence BNP Paribas

(7) Bank Identifier Code

(2) Code de votre agence d'origine

(4) Ce code renforce la sécurité de vos transactions bancaires

(6) International Bank Account Number

**Relevé d'Identité Bancaire / IBAN**

Ce relevé évite les erreurs ou les retards concernant les opérations au débit (prélèvements, ...) ou au crédit (virement de salaire, ...) de votre compte. Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations qui concernent votre compte. N'hésitez pas à le remettre aux organismes concernés par ces opérations.

MME SHARMA JANINE
26 RUE SINGER
75016 PARIS

Compte en EUR (EURO)

RIB	Code Banque (1)	Code Agence (2)	Numéro de compte (3)	Clé RIB (4)	Votre agence de domiciliation (5)
	30004	01608	00000249992	18	BOULOGNE POINT J (01608)

IBAN : FR7630004016080000024999218 (6)**BIC : BNPAFRPPXXX (7)**

(1) Code de BNP Paribas

(3) Votre numéro de compte

(5) Agence BNP Paribas

(7) Bank Identifier Code

(2) Code de votre agence d'origine

(4) Ce code renforce la sécurité de vos transactions bancaires

(6) International Bank Account Number

**Relevé d'Identité Bancaire / IBAN**

Ce relevé évite les erreurs ou les retards concernant les opérations au débit (prélèvements, ...) ou au crédit (virement de salaire, ...) de votre compte. Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations qui concernent votre compte. N'hésitez pas à le remettre aux organismes concernés par ces opérations.

MME SHARMA JANINE
26 RUE SINGER
75016 PARIS

Compte en EUR (EURO)

RIB	Code Banque (1)	Code Agence (2)	Numéro de compte (3)	Clé RIB (4)	Votre agence de domiciliation (5)
	30004	01608	00000249992	18	BOULOGNE POINT J (01608)

IBAN : FR7630004016080000024999218 (6)**BIC : BNPAFRPPXXX (7)**

(1) Code de BNP Paribas

(3) Votre numéro de compte

(5) Agence BNP Paribas

(7) Bank Identifier Code

(2) Code de votre agence d'origine

(4) Ce code renforce la sécurité de vos transactions bancaires

(6) International Bank Account Number



Numéro de l'assuré : 2 54 05 97 411 336 91

Nom de l'assuré :

HOARAU JANINE

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 21/12/2018 au 20/12/2019 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 751 5521	11	2 54 05 97 411 336 91	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		né(e) le/rang
HOARAU JANINE SHARMA a déclaré un médecin traitant INVALIDITE : 100% A COMPTER DU 01/03/2010 SAUF PHARMACIE 30% (PH4) ET PHARMACIE 15% (PH2) INVALIDITE : 100% A COMPTER DU 28/05/2014 SAUF PHARMACIE 30% (PH4) ET PHARMACIE 15% (PH2)	2 54 05 97 411 336 91		28/05/1954 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.

**BNP PARIBAS**

Relevé d'Identité Bancaire/IBAN

Cadre réservé au destinataire du RIB

Titulaire du compte
MR SHARMA PANKAJ

Domiciliation BNPPARB BOULOGNE POINT J (01608)

RIB : 30004 01608 00000871762 18

IBAN : FR76 3000 4016 0800 0008 7176 218

BIC : BNPAFRPPXXX

**BNP PARIBAS**

Relevé d'Identité Bancaire/IBAN

Cadre réservé au destinataire du RIB

Titulaire du compte
MR SHARMA PANKAJ

Domiciliation BNPPARB BOULOGNE POINT J (01608)

RIB : 30004 01608 00000871762 18

IBAN : FR76 3000 4016 0800 0008 7176 218

BIC : BNPAFRPPXXX

Découvrez tous les services disponibles pour gérer vos comptes en toute >
simplicité