

Bulletin d'adhésion

Date d'effet 01 / . . . / 20

COMMUNE DE RIS ORANGIS

Cachet de la collectivité
(obligatoire)



- Agent en activité - n° de contrat : P26ASS0076
- Mobilité : P24ASS0019 / 01AGEN
- Suspension du contrat de travail : P24ASS0019 / 02SUSP
- Retraité : P24ASS0050 / 01RETR

N° d'adhérent (réservé à la mutuelle)

Identification de l'adhérent

Civilité ☐ M. ☐ M^{me} Nom Prénom

Adresse Code postal |

Commune Tél

E-mail (en majuscule)

☐ 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.

Garantie obligatoire : ☒ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3

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)			_ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	<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

(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.

Pour les adhérents en mobilité, suspension de contrat ou retraité, si prélèvement sur le compte bancaire, 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 bulletin d'adhésion complété et signé, accompagné des justificatifs suivants:

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré.
- si enfant de moins de 27 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, en formation professionnelle, à la recherche d'un emploi (jusqu'à 21 ans), employé dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleur handicapé ou si enfant titulaire de la carte d'invalidité : 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 et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

Modalités d'adhésion (agents en mobilité, suspension de contrat ou retraité) 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 CFPD Assurances, **et en acceptant tous les termes.**

Résiliation infra annuelle : Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile. À l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Informations et Libertés

Les données à caractère personnel recueillies sur ce bulletin sont collectées par la MNT, responsable de traitement, et ont pour finalité la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants-droits. Le traitement de ces données par le personnel habilité de la MNT, ainsi que par les organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif et par les éventuels prestataires et sous-traitants impliqués dans la gestion du contrat, est fondé sur l'intérêt légitime de la MNT au traitement de votre adhésion et elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance à compter de leur réception par la MNT. Les informations non indiquées comme facultatives sont indispensables pour la prise en compte de votre bulletin. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez également du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement ou, de vous opposer audit traitement.

Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé et en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer (DPO)) de la MNT par courriel à dpo@mnt.fr ou par courrier au 4 rue d'Athènes - 75009 Paris. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Enfin, vous avez encore le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) site 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - Tél. : +33 (0)1 53 73 22 22 ou www.cnil.fr. Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro Siren 775 678 584, site 4, rue d'Athènes - 75009 Paris.

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 indispensables au traitement de votre adhésion.

Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou 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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour toute question,
venez nous rencontrer en agence Fait le

Signature de l'adhérent