

# RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

## FORMULAIRE POUR LA PORTABILITÉ

### DES GARANTIES SANTÉ

Date d'entrée dans l'établissement ..... / ..... / .....

Date de sortie de l'établissement ..... / ..... / .....

Date d'effet ..... / ..... / 20 .....

#### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE À compléter par votre correspondant d'entreprise avant envoi à la mutuelle

Raison sociale de l'entreprise .....

N° Siret : ..... / ..... / ..... / .....

N° de gestion du contrat ..... (obligatoire) N° de groupe assurés ..... (obligatoire)

Bulletin d'adhésion entièrement complété et signé à retourner à :

**Harmonie Mutuelle – TSA 90130 – 37049 TOURS CEDEX 1**

Cachet de l'entreprise  
(obligatoire)

#### IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Civilité ☐ M<sup>me</sup> ☐ M. Nom ..... Nom de naissance ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Pour un traitement plus rapide de votre dossier veuillez indiquer

E-mail (en majuscule) .....

Je souhaite recevoir par voie électronique les informations, les services et solutions d'Harmonie Mutuelle : • Par E-mail : ☐ Oui ☐ Non• Par SMS : ☐ Oui ☐ Non

Catégorie professionnelle ..... Numéro adhérent .....

Date d'effet de la rupture du contrat de travail ..... / ..... / .....

Motif de cessation du contrat de travail <sup>(1)</sup> ..... Durée du contrat de travail (en mois) .....Date de début de portabilité <sup>(2)</sup> ..... / ..... / .....Date de fin théorique de portabilité <sup>(3)</sup> ..... / ..... / .....(1) Motif: **LIC** Licenciement hors faute lourde – **CDD** : Fin de CDD – **PSE** : Plan de sauvegarde de l'emploi – **AUT** : autres

(2) Lendemain de la date de rupture ou de fin de contrat de travail

(3) La date de fin de la période de portabilité est déterminée en fonction de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur

DURÉE DU CONTRAT DE TRAVAIL (dans un ou plusieurs établissements)	DURÉE DE LA PORTABILITÉ
Moins d'1 mois	1 mois
Entre 1 mois et 2 mois	2 mois
Entre 2 mois et 3 mois	3 mois
Entre 3 mois et 4 mois	4 mois
Entre 4 mois et 5 mois	5 mois
Entre 5 mois et 6 mois	6 mois

DURÉE DU CONTRAT DE TRAVAIL (dans un ou plusieurs établissements)	DURÉE DE LA PORTABILITÉ
Entre 6 mois et 7 mois	7 mois
Entre 7 mois et 8 mois	8 mois
Entre 8 mois et 9 mois	9 mois
Entre 9 mois et 10 mois	10 mois
Entre 10 mois et 11 mois	11 mois
> 11 mois et plus	12 mois

#### Informations concernant le bénéficiaire de la portabilité

- La couverture «portée» prend fin de manière anticipée le jour où vous cessez de bénéficier des allocations d'assurance chômage ou si vous n'apportez plus la preuve de ce bénéfice.
- Votre notice d'information est celle que vous avez reçue quand vous étiez salarié de l'entreprise.
- Le niveau de garanties maintenues est celui dont vous bénéficiiez antérieurement.

## » PIÈCE À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

» Justificatif de prise en charge par le régime d'Assurance Chômage / attestation ARE.

## » MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent formulaire. 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 RMA 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 **et en accepter tous les termes.**

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès de ses adhérents ou entités souscriptrices la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction. Pour plus d'informations sur ce sujet, veuillez-vous reporter au code de conduite de la mutuelle.

### 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). Vous serez avisé des informations et des services et solutions d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace Harmonie & Moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-après. 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](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée. 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](http://www.cnil.fr)).

Fait à : .....

Le : .....

Signature du salarié

preview - 4185A-0323 - CSBA



Document imprimé en France