

CCN DU NÉGOCE ET DES PRESTATIONS DE SERVICES DANS LES DOMAINES MÉDICO-TECHNIQUES

IDCC N° 1982



Harmonie
mutuelle

GRUPE vyv

AVANÇONS collectif

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ BULLETIN D'AFFILIATION PORTABILITÉ

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise :
Adresse du siège social :
Code postal : Ville :
Adresse de correspondance si différente du siège social :
Code postal : Ville :
N° de contrat :
N° de SIRET/Contrat : Code NAF :
N° de gestion de contrat :
N° de groupe assurés : N° d'adhérent :

IDENTIFICATION SALARIÉ

Nom	Nom de naissance	Prénom	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Connexion NOEMIE (1)
					☐ Oui ☐ Non

(1) Noémie: Télétransmission des décomptes vers votre caisse de Sécurité sociale - Cocher la case OUI ou NON

Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail (en majuscule) :
N° d'adhérent de l'ancien salarié :

RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'entrée dans l'entreprise :
Date d'effet de la rupture du contrat : Temps de travail* : ☐ Temps partiel ☐ Temps plein
Motif de licenciement* : ☐ Licenciement hors faute lourde ☐ Fin de CDD ☐ Démission pour motif légitime
☐ Rupture conventionnelle ☐ Autre (préciser) :
Durée de la portabilité (sous réserve de remplir les conditions pour en bénéficier) : ... mois
Date de fin de droits :

CONDITIONS DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès le lendemain de la rupture du contrat de travail, sous réserve de l'envoi aux Organismes Gestionnaires du présent document accompagné, d'une attestation justifiant du statut de demandeur d'emploi et de la ou des carte(s) de tiers payant en cours de validité.

PORTABILITÉ DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Je soussigné(e) demande à bénéficier des garanties Frais de santé.
Si en qualité de salarié vous avez bénéficié d'une dispense d'affiliation au régime Frais de Santé le maintien du régime ne peut vous être accordé.
Ce maintien s'effectuera sans contrepartie financière.

* Cocher la case correspondante

» LES AYANTS DROIT - À REMPLIR PAR LE SALARIÉ

» NE PEUVENT ÊTRE PRIS EN COMPTE QUE LES AYANTS DROIT DÉJÀ AFFILIÉS AU RÉGIME HORS NAISSANCE

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ Non
						☐ Oui ☐ 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.

* Cocher la case correspondante

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)
reconnais avoir pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties, et celles de mes ayants droit le cas échéant, ainsi que des dispositions applicables ci-dessus. J'atteste par la présente l'exactitude des données personnelles fournies à l'appui de ma demande d'affiliation et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation de famille (mariage, divorce, naissance d'enfant...).

» CADRE RÉSERVÉ À L'ANCIEN SALARIÉ

Fait à :

Le : |_|_|_|_|_|_|_|

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

» CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Fait à :

Le : |_|_|_|_|_|_|_|

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »
suivi du cachet de l'entreprise :

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE 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 Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).