

Bulletin d'adhésion

Date d'effet

Date de fin 31/08/20

N° de gestion du contrat P17ASSA292

N° de groupe assurés 01MEMB

Identification de l'adhérent

Civilité M. M^{me} Nom

Adresse

Commune

E-mail (en majuscule)

N° INE

Situation familiale

Établissement d'inscription

Garantie Étudiant zen / ZEN010

Étudiant super zen / ZEN10

Cotisations

Cotisation annuelle TTC

Participation de la Région Île-de-France*

Cotisation mensuelle TTC à charge

€

€

€

* Participation financière de 200 euros par an attribuée aux étudiants éligibles dans la limite du budget global annuel alloué par le conseil régional d'Île-de-France. Si l'adhésion est inférieure à 12 mois, le montant de l'aide est proratisé.

Personne à garantir (voir les justificatifs à fournir)

Je demande mon adhésion à l'association Groupement Santé et au contrat collectif, souscrit auprès de la mutuelle par celle-ci au profit de ses membres.

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent						<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Régime obligatoire de l'adhérent général 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.

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 droits à votre Caisse de régime obligatoire récente. 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,
 - justificatif de l'inscription, en Île-de-France, dans un établissement d'enseignement supérieur ou un institut de formation sanitaire et sociale,
 - justificatif de la notification de bourse définitive échelon Obs à 3, ou de l'attestation de bourse de l'échelon 4 attribuée par l'un des CROUS franciliens ou d'une bourse régionale au titre des formations sanitaires et sociales ou d'une aide au titre du Fonds régional d'aide sociale ou du Fonds national d'aide d'urgence annuelle,
 - refus de l'assurance maladie de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou CMU-C (le cas échéant), ou à défaut, une attestation sur l'honneur du non bénéfice de la CMU-C ou ACS,
 - attestation sur l'honneur de ne pas être couvert par ailleurs par une autre complémentaire santé, celle des parents par exemple,
 - 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 détaillant mes droits et obligations dans le cadre de mon adhésion au contrat collectif souscrit par Groupement Santé auprès de la mutuelle et des statuts de Groupement Santé,
 - de la notice d'information Garantie d'assistance Harmonie Santé Services, résumant les conditions générales du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par Harmonie Mutuelle auprès de Ressources Mutuelles Assistance.
- et en acceptant tous les termes.

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. J'accepte que ces informations soient également transmises au conseil régional d'Île-de-France. 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.biocel.gov.fr.

Pour toute question,

venez nous rencontrer en agence

ou sur www.harmonie-mutuelle.fr

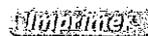
ou contactez le 0980 98 01 59 (appel non surtaxé)

Du lundi au jeudi de 8h45 à 19h30 le vendredi de 8h45 à 18h30

Fait le

Signature de l'adhérent

[Signature]



1^{er} exemplaire pour la mutuelle, 2^e exemplaire pour l'adhérent et 3^e exemplaire pour l'association

