

# Bulletin de modification

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

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

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

## Identification de l'adhérent

Civilité  M.  M<sup>me</sup> Nom ..... Prénom .....

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)
Adhérent (bénéficiaire 1)			.....			
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)			.....			
Bénéficiaire 3			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre .....	
Bénéficiaire 4			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre .....	
Bénéficiaire 5			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre .....	
Bénéficiaire 6			.....		<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre .....	

Régime obligatoire de l'adhérent  général  local (3)  autre ..... / du conjoint  général  local (3)  TNS/PI  autre .....

(1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez :

Jour souhaité \* : le 5  le 10  le 15  le 20  - (Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

Périodicité souhaitée \* : Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

## Modification (voir les justificatifs à fournir)

- Ajout de bénéficiaires (compléter le tableau ci-dessus)  Conjoint  Enfant(s)
- Résiliation famille - Motif  Retraité  Licencié  Départ volontaire de l'entreprise  Autre (à préciser) .....
- Radiation de bénéficiaire  Conjoint  Enfant(s) Prénom(s) ..... Motif .....
- Changement de garantie (nouvelle garantie à préciser) ..... ou d'option (nouvelle option à préciser) .....
- Changement de groupe d'assurés (n° de groupe à préciser) .....
- Changement de nom, prénom, correctif date de naissance .....
- Changement d'adresse .....
- Changement de n° de téléphone, e-mail (en majuscule) .....
- Changement de compte pour les cotisations sans changement de payeur (joindre un RIB)
- Mise en prélèvement de la cotisation ou changement de payeur (joindre le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé et un RIB)
- Changement de compte pour le virement des prestations (joindre RIB)
- Modification du régime obligatoire (n° RO, Caisse RO...)
- Autres modifications .....

## 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,
- si naissance ou adoption : un extrait d'acte de naissance ou un certificat d'adoption,
- si radiation suite décès, joindre un bulletin de décès,
- si résiliation famille ou radiation d'un bénéficiaire : joindre la carte d'adhérent en cours de validité.

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.

Pour toute question,

venez nous rencontrer en agence

ou sur [www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)

V. 01-2015

Fait le .....

Signature de l'adhérent

1<sup>er</sup> exemplaire pour la mutuelle et 2<sup>e</sup> exemplaire pour l'adhérent



**Harmonie  
mutuelle**

En harmonie avec votre santé

