

Bulletin à retourner à votre correspondant paie ou ressources humaines avec les pièces justificatives

● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RESERVÉ À L'ENTREPRISE)

● DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION

Raison Sociale / Société : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Siret : \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● LE SALARIÉ (MTRICULE)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

NATURE DE LA MODIFICATION

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mariage, Concubinage ou Pacs | <input type="checkbox"/> Terme des droits d'un enfant à charge               |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation          | <input type="checkbox"/> Terme de la dispense d'affiliation des ayants droit |
| <input type="checkbox"/> Naissance                    | <input type="checkbox"/> Terme des droits d'un enfant salarié                |
| <input type="checkbox"/> Décès d'un ayant droit       |  |

Salarié en activité : Application sur paie du mois \_\_\_\_\_

Salarié en suspension de contrat de travail : modification de la cotisation prélevée par la mutuelle

J'adhère dans la catégorie correspondant à ma situation réelle de famille (voir au verso)

Isolé     Duo +     Famille     Isolé par dérogation

● OPTION MA PRÉVOYANCE SANTÉ +

En cas de :  Changement de situation de famille     Changement de situation administrative justifiant un changement de catégorie de cotisation

Adhésion au régime sur-complémentaire Ma prévoyance santé +     Résiliation du régime sur-complémentaire Ma prévoyance Santé +

Cocher la case correspondant à votre choix

● NATURE DE LA MISE À JOUR DES AYANTS DROIT :  Ajout ou  Suppression

Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
Conjoint						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Code S.S. : Régime de Sécurité sociale : **A** : Régime Général ; **B** : Régime Alsace-Moselle ; **C** : Régime Etudiant ; **D** : Autre Régime

Je joins les pièces justificatives indiquées au verso



HUMANIS Prévoyance dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 PARIS.



Harmonie Mutuelle Groupe VYV agit en tant qu'interlocuteur unique, mandatée à cet effet par les mutuelles assureurs énumérées au contrat.  
Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473 et le numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57 - Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS.

## Pièces à joindre

<b>Adhérent</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale). + Copie du livret de famille, s'il y a des enfants non à charge Sécurité sociale. + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
<b>Conjoint</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Concubin</b>	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition. + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Partenaire de PACS</b>	Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance. + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
<b>Enfant de moins de 26 ans, étudiant</b>	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
<b>Enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance</b>	Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
<b>Enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi</b>	Attestation d'inscription au Pôle Emploi. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
<b>Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.)</b>	Tout document justifiant d'une incapacité supérieure ou égale à 80%.
<b>Enfant atteint d'une infirmité et ayant une activité rémunérée</b>	Tout document justifiant d'une incapacité supérieure ou égale à 80%. Dernier bulletin de salaire.
<b>Enfant salarié</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale). + Avis d'imposition de l'enfant ou du parent si rattachement fiscal. + Attestation d'inscription au Pôle Emploi.

Les cotisations varient et sont payées en fonction de la situation réelle de famille du salarié selon les définitions suivantes :

### Cotisation « Isolé » :

- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps, déclarant ne pas avoir d'ayants droit) ;
- **Par dérogation** : les salariés ayant des ayants droit mais dont le conjoint et les enfants sont déjà couverts par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé.  
Dans ce cas, vous devez produire, à l'appui de votre demande d'adhésion « Isolé », une attestation de l'employeur de votre conjoint. Ce document sera à renouveler chaque année, et à remettre à votre service du personnel.

### Cotisation « Duo + » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage sans enfant à charge ;
- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.

### Cotisation « Famille » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.

En cas d'adhésion au régime optionnel facultatif «Ma Prévoyance Santé +», le salarié doit cotiser dans la même catégorie (Isolé ou Duo + ou Famille) que pour le régime de référence obligatoire, «Ma Prévoyance Santé».

### CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

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-droits. 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 intérêts légitimes 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-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement, du droit à ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données ou de la personne référente de la Mutuelle par mail ou par courrier postal. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (HYPERLINK «<http://www.cnil.fr>» [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).