

Bulletin à retourner à votre correspondant paie ou ressources humaines.

● **JE, SOUSSIGNÉ,** (Informations obligatoires)

Nom _____ Prénom _____

N° Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse mail _____ @ _____

Salarié Safran,

déclare avoir pris connaissance des notices d'information relatives aux Contrats Frais de Santé* applicables dans mon entreprise, et **souhaite bénéficiaire du régime** sur-complémentaire facultatif dépassant les limites du contrat responsable « **Ma Prévoyance Santé +** ».

Oui

Non

Date d'effet de l'adhésion : | | | | | | | |

En cas d'adhésion à «Ma Prévoyance Santé +», vous cotiserez dans la même catégorie (Isolé, Duo +, Famille) que pour le régime de référence obligatoire «Ma Prévoyance Santé».

SIGNATURE

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Raison Sociale/ Établissement _____

SIRET _____

Date _____

Signature et cachet

*Contrat n° 09.07.056 et contrat n° 09.07.056 SC/NR

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 intérêts légitimes de la Mutuelle (lutte contre

les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles ne pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone, sauf si vous l'autorisez en cochant les cases ci-contre : J'autorise la prospection commerciale par courrier postal et téléphone . 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, 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 (www.cnil.fr)



Harmonie Mutuelle-Groupe VVV Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris, agissant pour son compte et celui des mutuelles coassureur.