

Fiche à transmettre à la mutuelle par le correspondant Ressources Humaines.

● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE)

Raison Sociale / Société : _____
 Etablissement : _____
 Siret : _____

● DATE D'EFFET DE LA MUTATION

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

IMPORTANT : Lorsque des soins ont débuté avant le changement de mutuelle et se sont prolongés après la mutation, la demande de remboursement doit être envoyée à l'ancienne mutuelle.

● LE SALARIÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale

Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Adresse mail _____ @ _____
 Téléphone : _____

Mutation vers :

Nom de l'entité : _____
 Établissement / Ville : _____
 SIRET : _____

Mutuelle d'origine : (mutuelle actuelle)	Changement de Mutuelle :
_____	<input type="checkbox"/> OUI : mutuelle de destination (si connue) : _____ <input type="checkbox"/> NON

NB : en cas de modification familiale, le bulletin de modification est à remplir par le nouvel établissement.

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 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 VYV 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.

Contrat collectif assuré par Harmonie Mutuelle Groupe VYV agissant pour elle-même et pour le compte d'organismes mutualistes coassureurs (dont la liste figure dans la notice d'information) l'ayant mandaté à cet effet. Autorité de contrôle : ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.