Harmonie Mutualité
Harmonie Mutuelles
PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES

Déclaration de portabilité des droits relatifs au régime de complémentaire santé

Bulletin de modification

Entreprise

Raison sociale : _____ *Cachet de l'entreprise*

N° Groupe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date d'effet de la modification : ___ / ___ / _____

Date de rupture du contrat de travail : ___ / ___ / _____

Maintien de la couverture santé du : ___ / ___ / _____ au : ___ / ___ / _____

Montant mensuel de la part salariale : _____€

OBLIGATOIRE

Fait à : _____ le : ___ / ___ / _____

Signature de l'entreprise

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande

Adhérent ** les champs avec un astérisque sont des informations obligatoires*

Nom* : _____ Prénom* : _____

N° Immatriculation régime obligatoire* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Adhérent : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autres bénéficiaires* : Conjoint : ☐ Nombre d'enfants : _____

Tél.* : _____ Email : _____@_____

Joindre un chèque équivalent à la totalité de la part salariale si la durée de maintien de la garantie est inférieure à 3 mois, sinon compléter l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

A la fin du maintien de ma garantie santé, je bénéficie d'un mois d'adhésion gratuit sur la gamme individuelle Harmonie Santé Plus.

Fait à : _____ le : ___ / ___ / _____

Signature de l'adhérent

Je certifie mes déclarations sincères et véritables

Une copie à retourner à la mutuelle - Une copie à conserver par l'entreprise - Une copie à conserver par l'adhérent

Autorisation de prélèvement À remplir si la garantie complémentaire santé est maintenue au moins 3 mois.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° National d'émetteur
546 490

Nom, Prénoms et adresse du débiteur

Nom et adresse du créancier

HARMONIE MUTUALITÉ
143 rue Blomet - 75015 Paris
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au RNM sous le n°500 751 789

Compte à débiter

Codes Etablisst	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.
|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

Nom et adresse postale de l'Etablissement teneur du Compte à débiter

Date : ___ / ___ /___

Jour souhaité : 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ du mois. Sans précision, celui-ci sera fait le 5 de chaque mois

Signature :

Périodicité souhaitée : Mois ☐ Trimestre ☐ Semestre ☐ Année ☐

Prière de joindre à ce document un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la commission informatique et libertés.

Harmonie Mutualité, siège social : 143 rue Blomet, 75015 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 500 751 789. - HMDMCS-C2465 - 07/09