

Bulletin de modification

Date d'effet 01 / / 20

- Agent en activité : n° de contrat
- Mobilité : P24ASS0019 / 01AGEN
- Suspension du contrat de travail : P24ASS0019 / 02SUSP
- Retraité : P24ASS0050 / 01RETR

Nom de la collectivité :

Cachet de la collectivité (obligatoire)



Convention 2024

N° d'adhérent

Identification de l'adhérent

Civilité M. M^{me} Nom Prénom Matricule

E-mail (en majuscule) J'accepte de recevoir par mail ou sms des informations sur la vie de mon contrat et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.

Garantie Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)							<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)							<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 3				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 4				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 5				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 6				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Régime obligatoire de l'adhérent général local (4) autre /du conjoint général local (4) TNS/PI autre

(1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez : Périodicité souhaitée : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Jour souhaité : le 5 le 10 le 15 le 20 (Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

MODIFICATION (voir les justificatifs à fournir)

- Ajout de bénéficiaires (compléter le tableau ci-dessus) Conjoint Enfant(s)
- Résiliation famille - Motif Retraité Mobilité Autre (à préciser)
- Radiation de bénéficiaire Conjoint Enfant(s) Prénom(s) Motif
- Changement de garantie (nouvelle garantie à préciser) Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3
- 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 enfant de moins de 27 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, en formation professionnelle, à la recherche d'un emploi (jusqu'à 21 ans), employé dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleur handicapé ou si enfant titulaire de la carte d'invalidité : 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.

Informatique et Libertés

Les données à caractère personnel recueillies sur ce bulletin sont collectées par la MNT, responsable de traitement, et ont pour finalité la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants-droits. Le traitement de ces données par le personnel habilité de la MNT, ainsi que par les organismes assureurs auprès duquel la mutuelle a souscrit un contrat collectif et par les éventuels prestataires et sous-traitants impliqués dans la gestion du contrat, est fondé sur l'intérêt légitime de la MNT au traitement de votre adhésion et elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance à compter de leur réception par la MNT. Les informations non indiquées comme facultatives sont indispensables pour la prise en compte de votre bulletin. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement ou, de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé et en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer (DPO)) de la MNT par courriel à dpo@mnt.fr ou par courrier à 4 rue d'Athènes – 75009 Paris. La copie d'un titre d'identité

comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Enfin, vous avez encore le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) site 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – Tél. : +33 (0)1 53 73 22 22 ou www.cnil.fr. Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 775 678 584, site 4, rue d'Athènes – 75009 Paris. 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 indispensables au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales 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 droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour toute question,
venez nous rencontrer en agence

Fait le

Signature de l'adhérent

.....

