

## Autorisation de pré-affiliation

Nom ..... Prénom .....

N° matricule (8 chiffres figurant sur votre fiche de paie) .....

N° de sécurité sociale .....

Date de naissance .....

Adresse ..... Code postal .....

E-mail .....

Date d'effet de l'adhésion souhaitée (1<sup>er</sup> jour du mois) .....

Par la présente, j'autorise la collectivité :

- À recueillir mes données personnelles pour effectuer ma pré-affiliation au titre de la couverture frais de santé facultative sur l'espace dédié (à compléter) ;
- À transmettre mes données personnelles à Harmonie Mutuelle afin de générer mes documents d'adhésion ;
- À mettre en place le précompte des cotisations sur mon salaire (une cotisation sera prélevée sur mon bulletin de salaire à compter de la date indiquée ci-dessus).

Je reconnais que mon adhésion ne deviendra définitive qu'à compter de la signature de mon bulletin d'adhésion. Si je ne souhaite pas adhérer au contrat, je m'engage à en informer la collectivité dans les plus brefs délais (et en tout état de cause avant la date de prise d'effet renseignée ci-dessus) afin que les démarches nécessaires à l'annulation de la présente pré-affiliation soient effectuées.

Je, soussigné(e) .....

donne mon consentement à la collectivité .....

pour enregistrer ma pré-affiliation dans les conditions ainsi décrites.

Fait à .....,  
le .....

Signature de l'agent