

DÉSIGNATION EXPRESSE EN GARANTIE D'UN PRÊT



Document fait en triple exemplaire remis à chaque signataire.

Attention : Tout imprimé raturé, chargé, faisant apparaître plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents, incomplet, non daté ou non signé ne pourra être pris en compte par les services de gestion et sera retourné au salarié.

MERCI D'ÉCRIRE EN
LETTRES CAPITALES

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom de famille :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance [J | J | M | M | A | A]
N° SS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Raison sociale :
.....
Adresse :
.....
C.P. : Ville :

3 CLAUSE DE DÉLÉGATION

Je désigne comme bénéficiaire du capital garanti en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive :

Nom de l'organisme prêteur :
Adresse de l'organisme :

à concurrence des sommes restants dues en remboursement du prêt n°
consenti le [J | J | M | M | A | A] d'un montant initial de (en chiffres et en lettres) :

Le solde éventuel devra être versé à :

4 COORDONNÉES DE L'ASSURÉ

Adresse :
.....
C.P. : Ville :
Téléphone :
Courriel :

Harmonie Mutuelle n'est engagé, sous réserve que l'assuré soit toujours affilié à la date du décès, que dans la limite du capital garanti, en application des Conditions Générales du contrat de prévoyance collective souscrit par l'employeur, à l'exclusion des éventuelles majorations familiales qui reviennent exclusivement aux personnes à charge. Harmonie Mutuelle ne pourra en aucun cas être tenu responsable des conséquences d'une radiation de l'assuré non signalée au bénéficiaire.



5 Je soussigné(e) atteste qu'aucune désignation antérieure n'a fait l'objet d'une acceptation par l'un quelconque du ou des bénéficiaires désignés précédemment et prends acte que la présente désignation rend nulle de plein droit toute désignation antérieure.

Signature de l'assuré
précédée de la mention "Bon pour délégation"
Date

6 Cachet et signature de l'organisme prêteur
Date

7 Cachet et signature d'Harmonie Mutuelle
Date

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements mis en œuvre par Harmonie Mutuelle, l'organisme distributeur et gestionnaire ainsi que par Mutex et l'Ocirp, les organismes assureurs dans le cadre de la déclaration d'arrêt de travail.

Ces données personnelles pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations, de prospection de l'organisme distributeur du contrat, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, de recouvrement, de contentieux, d'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du contrat ou de l'intérêt légitime de ces organismes.

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à Mutex ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Les données collectées sont indispensables à la mise en oeuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires ou partenaires dans la limite de leurs attributions respectives. Dans ce cadre, Harmonie Mutuelle et Mutex sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales.

Vous, et toute personne dont les données personnelles sont collectées, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail à dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex.

Harmonie Mutuelle étant soumise à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si les personnes concernées estiment, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07. Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr (pour l'assureur) et sur le site <https://www.harmonie-mutuelle.fr/politique-de-donnees/quelles-donnees> (pour le distributeur et gestionnaire).