



Paris, le mardi 18 octobre 2022

HOPITAL DE FOUGERES
MME PATIN GHISLAINE
133 RUE DE LA FORET
35300 FOUGERES

Lettre Avenant aux Conditions particulières Du contrat n° 35J20201

Article 1 : Date d'effet

La présente lettre avenant prend effet le 1er janvier 2023.

Les dispositions susmentionnées suivent le sort du Contrat collectif référencé ci-dessus qui reste maintenu dans toutes ses autres dispositions.

Article 2 : Modifications des conditions générales

Les Conditions générales – Notice d'information applicables à votre contrat sont modifiées et complétées par les articles indiqués à l'annexe de la présente lettre avenant.

Les articles des Conditions générales cités en annexe sont remplacés par la rédaction des articles figurant en annexe.

Article 3 : Annexe « coordonnées »

L'annexe « coordonnées » incorporées aux Conditions générales – Notice d'information applicables à votre contrat se voit modifiée : l'annexe « coordonnées » annexée à la présente lettre avenant annule et remplace la précédente annexe transmise.

Article 4 : Cotisations

L'article afférent des Conditions particulières est modifié comme suit :

En contrepartie des garanties, la cotisation mensuelle 2023 s'élèvera à :

Produit : PXSAP00494
Type de population : Actif
Régime : Régime Général

Ventilation	Cotisations mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Enfant (Gratuité au 3ème enfant)	38,37 €	13,27 %
Adulte de 29 ans et -	39,63 €	13,27 %
Adulte de 30 à 39 ans	41,67 €	13,27 %
Adulte de 40 à 59 ans	66,93 €	13,27 %
Adulte de 60 à 69 ans	70,98 €	13,27 %
Adulte de 70 ans et +	73,61 €	13,27 %

(*) comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Nathalie Gasté
Directrice Assurance
Harmonie Mutuelle





**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Annexe Lettre avenant – effet 01 01 2023

CONDITIONS GENERALES – NOTICE D’INFORMATION

Additif

Cet additif est indissociable des Conditions générales – Notice d’information HM.CG-NI.2020 et HM.CG-NI/NR.2020.

Les articles des Conditions générales cités ci-après sont remplacés et complétés par les articles suivants listés à partir de la page 2.

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS ?

Cet additif annule et remplace certains articles des conditions générales et notices d’information afin principalement d’intégrer les impacts réglementaires suivants :

- publication du décret n°2022-388 relatif au fonctionnement des mutuelles et unions et aux institutions de prévoyance le 17 mars 2022: précision sur la nature de l’indemnisation et les délais de versements des prestations,
- nouvelle recommandation de l’Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution en matière de gestion des réclamations publiée le 9 mai 2022 (n°2002-R01) : modification des délais de traitement de la réclamation,
- indication de la revalorisation après décès de l’éventuelle garantie frais d’obsèques,
- précision sur les droits des adhérents dans le cadre de la protection des données à caractère personnel,
- précision sur les obligations de filtrage de la mutuelle dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, du gel des avoirs, et de la prévention de la corruption,

et de préciser à des fins d’éclaircissement ou d’adaptation à l’évolution de pratiques de la mutuelle certains articles :

- à la dématérialisation croissante de la relation adhérent : suppression de la notion de restitution de la carte mutualiste souvent dématérialisée, suppression de la notion de justificatif « original »,
- précision sur la date de référence pour le remboursement des prestations.

010227 (002036) - 0003/0005

NOUVEAUX ARTICLES DES CONDITIONS GENERALES – NOTICE D'INFORMATION

Références HM.CG-NI.2020 et HM.CG-NI/NR.2020

5.3 Conséquence de la résiliation et de la radiation

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation ou de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

6.3 Personnel en suspension du contrat de travail (ou **ARTICLE 6 > PERSONNEL EN SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020**)

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail indemnisés donnant lieu au maintien total ou partiel de la rémunération, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment activité partielle ou période de congé de reclassement).

Les conditions particulières peuvent, dans les cas de suspension de contrat de travail non indemnisés, prévoir le maintien des garanties pour l'adhérent et ses ayants droit et, le cas échéant, les modalités selon lesquelles la cotisation est payée (gestion dite collective ou individuelle).

7.2 Nature de l'indemnisation

Les prestations auxquelles les garanties santé vous donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger. En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre le Souscripteur et la mutuelle, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de

remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie,
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ⁽¹⁾ ou la maternité ⁽²⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue au tableau descriptif des garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- En cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

- Ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente. Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à dix jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

AJOUT : 8.3: Garantie frais d'obsèques

Le cas échéant, lorsqu'une mention est portée au tableau descriptif des garanties, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient d'une garantie remboursement frais d'obsèques. Elle a pour objet d'assurer le remboursement des frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie, dans la limite du plafond indiqué au tableau descriptif des garanties. La garantie frais d'obsèques est indemnitaire. **Les remboursements de frais d'obsèques sont effectués dans la limite des frais engagés.**

Les frais de concession et de rapatriement du corps ne sont pas pris en charge.

La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès, dans un délai maximum de trente jours, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par l'organisme de pompes funèbres afin d'éviter tout ou partie de l'avance des frais, la mutuelle verse la prestation à cet organisme.

Le plafond de remboursement des frais d'obsèques indiqué dans le tableau descriptif des garanties fait l'objet d'une revalorisation à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Cette revalorisation est opérée par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

12.2 Incident de paiement (ou 11.2 Incident de paiement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020)

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

13.2 Déclaration d'accident (ou 12.2 Déclaration d'accident pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020)

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle. A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

ARTICLE 17 > PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL (ou ARTICLE 16 > PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020)

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.



L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

ARTICLE 18 > RECLAMATIONS ET MEDIATION (ou ARTICLE 17 > RECLAMATIONS ET MEDIATION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020)

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle ou sur l'espace adhérents ou en envoyant un courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, l'adhérent peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

Ajout ARTICLE 20 > LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PREVENTION DE LA CORRUPTION (ou ARTICLE 19 > LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PREVENTION DE LA CORRUPTION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2020)

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle.

CONDITIONS GENERALES – NOTICE D'INFORMATION

Annexe

Cette annexe est indissociable des Conditions générales – Notice d'information HM.CG-NI.2020 et HM.CG-NI/NR.2020.

Elle remplace l'Annexe précédemment transmise.

Les dispositions définies ci-après prévalent sur celles des conditions générales dont les autres dispositions demeurent inchangées.

ANNEXE COORDONNEES

Interlocuteurs	Adresses
Assistance	Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682 - Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex - Numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28)
Réclamations	<ul style="list-style-type: none">• Soit par Internet : https://www.harmonie-mutuelle.fr• Soit sur votre espace Harmonie & moi• Soit par courrier à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste
Médiation	<ul style="list-style-type: none">• Par mail à : http://cnpm-mediation-consommation.eu• ou par courrier à : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND
Data Protection officer (DPO)	<ul style="list-style-type: none">• Par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr• ou par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO 29 quai François Mitterrand – 44 273 Nantes Cedex 2
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 www.cnil.fr
Autorité de contrôle	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.