

> NIVEAU DE COUVERTURE ET COTISATIONS

- J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.
- Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :
- option 1 option 2
- Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :
- mon conjoint (ou concubin ou pacsé) mon/ mes enfant(s) : Nombre :
- J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.

Les cotisations sont fixées en pourcentage du PMSS en vigueur (3269 € pour 2017) :

| | <input type="checkbox"/> Je relève du Régime général de la Sécurité sociale ou du Régime agricole | | | <input type="checkbox"/> Je relève du Régime Alsace-Moselle | | |
|---------------------------|---|--|--|---|--|--|
| | Régime socle | Option 1 (en complément du régime socle) | Option 2 (en complément du régime socle) | Régime socle | Option 1 (en complément du régime socle) | Option 2 (en complément du régime socle) |
| Salarié | 1,15 % | 0,29 % | 0,77 % | 0,69 % | 0,29 % | 0,77 % |
| Conjoint | 1,26 % | 0,29 % | 0,77 % | 0,76 % | 0,29 % | 0,77 % |
| Par enfant ⁽¹⁾ | 0,63 % | 0,16 % | 0,42 % | 0,38 % | 0,16 % | 0,42 % |

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant. - La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

> BENEFICIAIRES A GARANTIR

| | Nom | Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité sociale ⁽²⁾ |
|-------------------------|--|---|----------------------|---------------------------------------|
| Conjoint ⁽¹⁾ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |
| 1 ^{er} enfant | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |
| 2 ^{ème} enfant | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |
| 3 ^{ème} enfant | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |
| 4 ^{ème} enfant | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |
| 5 ^{ème} enfant | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) | | |

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

J'accepte que mon adhésion auprès d'Humanis Prévoyance prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues. J'autorise Humanis Prévoyance à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations.

A le

Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45777 SARAN cedex.