

## DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION aux garanties Frais de santé des retraités

À retourner à : **Humanis - VAD Individuels**  
303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex  
Tél. : 01 58 82 62 06 - Fax : 01 58 82 40 33

**Demande à compléter (même en cas de réponse négative) et à retourner à Humanis**

Date d'effet de la retraite <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date d'adhésion souhaitée <input style="width: 100%;" type="text"/> ou au terme de la période de maintien des garanties THALES, d'un assuré après le décès du participant <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je demande à ce que l'exécution du contrat commence à la date d'effet fixée au présent bulletin d'adhésion et non à l'issue du délai de rétractation de 15 jours mentionné au chapitre « délai de rétractation » des dispositions générales.

**Merci de nous fournir la copie de votre relevé de points de retraite Agirc de l'année de votre départ à la retraite ou celui de l'année précédente + la copie de votre attestation CRAM ou CNAV.**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont destinées à faire l'objet d'un traitement pour l'adhésion et l'exécution du contrat. Le responsable de ce traitement est Humanis Prévoyance. Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande.

N° Sécurité sociale

### PARTICIPANT

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom usuel .....	Prénom .....
Nom de jeune fille .....	Nationalité .....
Né(e) le <input style="width: 100%;" type="text"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Lié(e) par un PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>
Adresse .....	
Code Postal <input style="width: 100%;" type="text"/> Bureau distributeur .....	
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse mail .....	
Portable <input style="width: 100%;" type="text"/>	

### CHOIX DES GARANTIES

Désirez-vous la garantie **Frais de santé** ? OUI  NON

Si OUI, quelle garantie choisissez-vous ?    **Armorique**     **Bigorre**     **Vanoise**

Pour **1 personne** (option individuelle)     Pour **2 personnes** ou plus (option familiale). Dans ce cas, compléter la partie "Ayants droit" ci-dessous.

Prélèvement des cotisations :     Mensuel     Trimestriel

### AYANTS DROIT DU PARTICIPANT (conformément à la définition des bénéficiaires de la notice)

**Conjoint(e)** (date du mariage)  **ou concubin(e) ou partenaire lié(e) par un PACS**   
(date de signature du PACS)

Nom usuel ..... Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Né(e) le  Numéro de Sécurité sociale

Autres ayants droit à charge (si enfant de plus de 18 ans, indiquer le motif du maintien à charge)*	Nom usuel	Prénom	Lien de parenté	Né(e) le	N° de Sécurité sociale
.....	.....	.....	.....	.....	<input style="width: 100%;" type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....	<input style="width: 100%;" type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....	<input style="width: 100%;" type="text"/>

\* Motif de maintien à charge .....

## ADHÉSION A LA PROCÉDURE NOÉMIE

Échanges de données informatiques entre la Sécurité sociale et Humanis Prévoyance

Cette procédure vous permet de recevoir nos remboursements plus rapidement et vous évite de nous adresser les décomptes de Sécurité sociale.

Je demande à bénéficier de la procédure Noémie : Pour moi : OUI  NON

Pour mon conjoint, PACS ou concubin : OUI  NON

(À condition qu'il n'adhère pas à la procédure Noémie dans le cadre d'une autre mutuelle).

### Je joins à ma demande :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
- une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale du conjoint, PACS ou concubin, s'il peut bénéficier de Noémie,
- éventuellement la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale des enfants, accompagnée de pièces justifiant leur situation (bulletin de scolarité, contrat d'apprentissage, justificatif de recherche de premier emploi...).

### RÉSERVÉ AU CONJOINT, PARTENAIRE (PACS) OU CONCUBIN

Certifie ne pas bénéficier d'une connexion Noémie via un autre organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, compagnie d'assurance).

Le ..... Signature :

### RÉSERVÉ AU PARTICIPANT

“Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information. J'autorise votre organisme à communiquer les informations à ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités.

J'ai bien noté qu'Humanis Prévoyance devra répercuter la demande de rectification auprès des différents destinataires des données”.

Fait à ....., le ..... Signature du participant :