Humanis

Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris

OCIRP

CI

DEMANDE INDIVIDUELLE DE MAINTIEN
Garantie Dépendance
Retraités : Groupe THALES

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

Toutes les informations sont nécessaires à l'exécution du contrat.

N° Sécurité sociale

PARTICIPANT

Nom usuel ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Nationalité .....

Né(e) le ☐☐☐☐☐☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Lié(e) par un PACS ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐

Adresse .....

.....

Code Postal ☐☐☐☐☐ Bureau distributeur .....

Raison sociale de l'entreprise par l'intermédiaire de laquelle vous cotisiez à la garantie Dépendance .....

.....

.....

La présente demande est à nous retourner dans un DÉLAI MAXIMUM DE 6 MOIS à compter de la date de rupture du contrat de travail.

La date d'effet de l'adhésion est fixée au 1er jour de la liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale.

☐ **Je cotisais, par l'intermédiaire de mon entreprise au régime Dépendance obligatoire, et souhaite maintenir mon adhésion à ce régime** pour une cotisation mensuelle de 0,30 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale*. **Si je continue de cotiser à ce régime, je bénéficie de la rente minimum garantie jusqu'à 75 ans.**

☐ **Je cotisais, par l'intermédiaire de mon entreprise au régime facultatif "extension de la garantie salarié" et souhaite maintenir mon adhésion à ce régime** pour une cotisation mensuelle de 0,30 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale*. Si je continue de cotiser à ce régime, je bénéficie de la RMG jusqu'à 75 ans.

Dès la prise d'effet de mon adhésion, je deviens seul(e) responsable du paiement des cotisations qui sont payables d'avance par prélèvement automatique sur mon compte bancaire ou de Caisse d'Épargne.

Prélèvement des cotisations : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel
(obligatoirement identique au choix effectué sur la demande individuelle d'adhésion aux garanties frais de santé des retraités).

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente demande ne sera effective qu'après acceptation d'Humanis Prévoyance et produira ses effets en application des conditions d'adhésion définies dans la notice d'information "Garantie Dépendance mise en œuvre dans les sociétés du Groupe THALES" qui m'a été remise à cet effet.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'opposition à la prospection, d'accès et de rectification de mes données personnelles qui s'exerce auprès d'Humanis Prévoyance, responsable du traitement. J'ai bien noté qu'Humanis Prévoyance devra répercuter les demandes auprès de l'Ocirp.

Date ..... Signature du participant précédée de la mention "Lu et approuvé" :

La Garantie Dépendance est assurée par l'Ocirp, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est : 17 rue de Marignan - 75008 Paris, et gérée par Humanis Prévoyance.

* À titre indicatif pour 2015, le PMSS est de 3 170 €.

IMP1134-03HUMANISP03-15