

Contrat Exploitants Agricoles Dordogne | Santé

> VOTRE IDENTITE

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Exploitant agricole actif

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail @

Date d'effet de l'adhésion

> VOS COTISATIONS

Date de périodicité de prélèvement choisie mois trimestre année

RESERVE A NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez le mandat de prélèvement SEPA joint et le tableau "Bénéficiaires à garantir".

3- Joignez les pièces suivantes

- la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Si vous êtes concerné :

- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de 18 à moins de 26 ans ou tout document justifiant de leur situation,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

- 4- Dater, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

HUMANIS
A l'attention de Sylvine Dupouy
8, Cours Tournon
33000 Bordeaux

> 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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		

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

Je joins à mon bulletin individuel d'adhésion les pièces justificatives.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et la Mutuelle Humanis Nationale.

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