

- Nouvelle adhésion
 Changement de formule (n° d'adhérent)

LinkCare

> RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

Numéro de contrat Numéro d'option
 Numéro d'assuré Nom du commercial

> VOTRE IDENTITÉ

Nom
 Nom de naissance
 Prénom
 Date de naissance
 Sexe F M Civilité M. Mme
 Nationalité
 Profession

Situation de famille

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Adresse en France
 Code postal Ville
 Adresse au Royaume-Uni

 Téléphone Email

Mes appels de cotisation seront envoyés :

- à mon adresse en France
 à mon adresse au Royaume-Uni

Mes avis de remboursement seront envoyés :

- à mon adresse en France
 à mon adresse au Royaume-Uni

Vos prestations et, le cas échéant celles des autres bénéficiaires, seront versées sur votre compte. Si vous souhaitez que celles-ci soient perçues sur un autre compte, veuillez l'indiquer et joindre le ou les RIB correspondant(s).

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE AFFILIATION

- 1 - Écrivez en lettres capitales.
- 2 - Cochez la formule santé choisie et complétez le tableau des bénéficiaires au verso.
- 3 - Indiquez la date d'effet souhaitée de l'adhésion et les modalités de règlement retenues.
- 4 - Joignez les pièces suivantes :
 - la photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport de chaque bénéficiaire ;
 - votre **Relevé d'Identité Bancaire**,
 - le cas échéant **l'autorisation de prélèvement « Direct Débit »**
Et selon votre situation :
Conjoint marié : copie du livret de famille ou du certificat de mariage.
Partenaire lié par un Pacs : photocopie de l'attestation de Pacs.
Concubin : attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les 2 concubins, un justificatif de domicile commun et/ou extrait de naissance de votre concubin à charge.
Enfants : tout document justifiant leur situation et notamment un justificatif de scolarité pour les enfants entre 18 et 28 ans
 - le cas échéant le(s) RIB des bénéficiaires qui percevront directement le versement de leurs prestations ;
 - **questionnaire(s) de santé** le cas échéant à joindre sous pli confidentiel individuel à : Humanis Assurances, groupe Humanis - M. le médecin conseil, Cellule médicale et risques aggravés - 8 boulevard Vauban - 59024 Lille cedex.
- 5 - Si vous souhaitez demander **l'abrogation des délais de carence**, joignez une attestation d'affiliation en cours de validité ou un certificat attestant d'une radiation d'une complémentaire santé équivalente datant de moins de trois mois.
- 6 - Transmettez le tout à :
Humanis
Direction des activités internationales et Outre-Mer
93 rue Marceau
93187 Montreuil cedex - France

> BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Date de naissance	Situation*
Conjoint(e) ou assimilé à charge					
1 ^{er} enfant					
2 ^e enfant					
3 ^e enfant					
4 ^e enfant					

* Situation: 1= scolaire, 2=étudiant, 3=invalidé, 4=autre (préciser).

Le cas échéant, j'atteste sur l'honneur que mon conjoint, ou mon partenaire lié par un PACS, ou mon concubin est à ma charge financière

Le cas échéant, j'atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) sont à ma charge financière et non imposables

Le cas échéant, j'atteste sur l'honneur que l'ensemble des bénéficiaires que je souhaite faire adhérer au contrat réside au Royaume-Uni

> GARANTIES ET MODALITÉS DE RÉGLEMENT DES COTISATIONS

Date d'effet de l'adhésion souhaitée 01 (ou date de modification)

**Votre adhésion prendra effet à la date indiquée aux conditions particulières du contrat, au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation du dossier par Humanis Assurances ou le cas échéant, le 1^{er} du mois qui suit votre acceptation de la majoration de la/les cotisation(s).
En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur les conditions particulières du contrat fera foi entre Humanis Assurances et vous.**

Niveau de garanties choisi : Formule Platinum Formule Gold

Mode de règlement des cotisations : Virement Par prélèvement automatique sur un compte bancaire domicilié au Royaume-Uni
(dans ce cas, je complète l'autorisation de prélèvement)

> VOS ENGAGEMENTS

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat et notamment de mon droit à renonciation au contrat si j'ai souscrit à distance. Je demande l'exécution de mon contrat à la date d'effet indiquée aux conditions particulières et non pas au terme du délai de renonciation de 14 jours

Je reconnais avoir été informé(e) que l'adhésion au contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant. J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à informer Humanis Assurances dans les 15 jours suivants la date à laquelle j'ai eu connaissance de toute modification affectant une donnée figurant au présent document.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations, fassent l'objet d'un traitement y compris informatisé, par le Médecin conseil de Humanis Assurances et les personnes habilitées par lui.

Fait à le

Signature

Conformément à la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées aux entités composant le groupe Humanis, ainsi qu'aux partenaires du groupe Humanis en charge d'activités confiées par le Groupe. Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités ci-avant désignées.

Les réponses et informations collectées via le présent document sont obligatoires. Elles sont collectées pour les besoins de la gestion administrative de votre dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées, à l'exclusion du NIR et du numéro d'identification client, à des fins d'études statistiques ou d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le Groupe.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression à exercer par courriel à contact-cnill@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex, France. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la loi précitée.

Je souhaite être contacté(e) par le groupe Humanis ou ses partenaires en charge d'activités confiées par le Groupe pour recevoir des informations sur leurs offres, produits et services

Je souhaite être contacté(e) par le groupe Humanis ou ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe pour recevoir des newsletters