

- Votre demande d'adhésion  
 Votre demande de modification

## 1 VOS COORDONNÉES

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Je désire recevoir mes décomptes de prestations par e-mail  Oui  Non

Je désire recevoir mes appels de cotisations par e-mail  Oui  Non

## 2 LES PERSONNES À ASSURER

Lien familial	Prénom & nom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime obligatoire*
Souscripteur		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Conjoint		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 1		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 2		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 3		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 4		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 5		__/__/__	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS

\* RG = Régime Général RA = Régime Agricole AM = Alsace Moselle TNS = Travailleur Non Salarié

▶ Votre organisme d'affiliation : \_\_\_\_\_

▶ Organisme d'affiliation de votre conjoint (si différent) : \_\_\_\_\_

## 3 CHOISISSEZ VOS GARANTIES

Après avoir pris connaissance de votre devis et des garanties ci-jointes, choisissez la combinaison de formule et d'option(s), et déterminez votre cotisation mensuelle.

## ▶ Sélectionnez une formule

Formule	Base	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INFO

L'option « Renfort » ne peut être choisie sans la formule de base.

Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau de renfort.

Additionnez le montant de la base et du niveau de renfort choisi, le cas échéant.

## INFO

## INFORMATIONS SUR VOS PRELEVEMENTS

Les montants sont prélevés sur la base d'un échéancier personnalisé qui vous sera adressée annuellement.

## 4 COTISATION

Le règlement de cette cotisation s'effectue obligatoirement par prélèvement bancaire.

Je choisis un prélèvement :  mensuel  trimestriel  semestriel  annuel  
le  5  10  15 du mois.

Ma cotisation mensuelle TTC s'élèvera à : \_\_\_\_\_€, conformément au devis et aux choix effectués.

## 5 DATE DE DEBUT DE VOTRE CONTRAT D'ADHESION

Je déclare avoir reçu les conditions générales d'assurance valant notice d'information annexées à la présente demande d'adhésion. Ayant pris connaissance, notamment, des dispositions relatives aux modalités d'exercice de la faculté de renonciation telles qu'elles sont détaillées dans la notice, je demande que mon contrat d'adhésion prenne effet le :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

(et au plus tôt le lendemain de mon envoi, le cachet de la poste faisant foi).

J'ai bien noté qu'un certificat d'adhésion sera émis par HENNER, afin de formaliser l'acceptation de mon adhésion ainsi que sa date d'effet.

## 6 JE DÉCLARE

Etre informé, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, nécessaires à la mise en œuvre de mon contrat d'adhésion, du droit d'accès et de modification dont je dispose auprès de HENNER à l'adresse suivante : HENNER - Département des Particuliers - 10 rue Henner - 75459 Paris Cedex 09.

Date et signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »

## COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT MON PROJET SANTÉ + ?

Pour adhérer, adressez à votre courtier :

- ▶ La demande d'adhésion complétée et signée,
- ▶ Le formulaire de mandat SEPA (référence H7777) joint, complété, daté et signé. N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB),
- ▶ La(les) attestation(s) Vitale(s) du (des) bénéficiaire(s) du contrat.



- Votre demande d'adhésion  
 Votre demande de modification

## 1 VOS COORDONNÉES

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Je désire recevoir mes décomptes de prestations par e-mail  Oui  Non

Je désire recevoir mes appels de cotisations par e-mail  Oui  Non

## 2 LES PERSONNES À ASSURER

Lien familial	Prénom & nom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime obligatoire*
Souscripteur		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Conjoint		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 1		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 2		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 3		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 4		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS
Enfant 5		___/___/___	_____	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> TNS

\* RG = Régime Général RA = Régime Agricole AM = Alsace Moselle TNS = Travailleur Non Salarié

▶ Votre organisme d'affiliation : \_\_\_\_\_

▶ Organisme d'affiliation de votre conjoint (si différent) : \_\_\_\_\_

## 3 CHOISISSEZ VOS GARANTIES

Après avoir pris connaissance de votre devis et des garanties ci-jointes, choisissez la combinaison de formule et d'option(s), et déterminez votre cotisation mensuelle.

## ▶ Sélectionnez une formule

Formule	Base	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFO

L'option « Renfort » ne peut être choisie sans la formule de base.

Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau de renfort.

Additionnez le montant de la base et du niveau de renfort choisi, le cas échéant.

INFO

INFORMATIONS SUR VOS PRELEVEMENTS

Les montants sont prélevés sur la base d'un échéancier personnalisé qui vous sera adressée annuellement.

## 4 COTISATION

Le règlement de cette cotisation s'effectue obligatoirement par prélèvement bancaire.

Je choisis un prélèvement :  mensuel  trimestriel  semestriel  annuel  
le  5  10  15 du mois.

Ma cotisation mensuelle TTC s'élèvera à : \_\_\_\_\_€, conformément au devis et aux choix effectués.

## 5 DATE DE DEBUT DE VOTRE CONTRAT D'ADHESION

Je déclare avoir reçu les conditions générales d'assurance valant notice d'information annexées à la présente demande d'adhésion. Ayant pris connaissance, notamment, des dispositions relatives aux modalités d'exercice de la faculté de renonciation telles qu'elles sont détaillées dans la notice, je demande que mon contrat d'adhésion prenne effet le :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

(et au plus tôt le lendemain de mon envoi, le cachet de la poste faisant foi).

J'ai bien noté qu'un certificat d'adhésion sera émis par HENNER, afin de formaliser l'acceptation de mon adhésion ainsi que sa date d'effet.

## 6 JE DÉCLARE

Etre informé, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, nécessaires à la mise en œuvre de mon contrat d'adhésion, du droit d'accès et de modification dont je dispose auprès de HENNER à l'adresse suivante : HENNER - Département des Particuliers - 10 rue Henner - 75459 Paris Cedex 09.

Date et signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »

## COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT MON PROJET SANTÉ + ?

Pour adhérer, adressez à votre courtier :

- ▶ La demande d'adhésion complétée et signée,
- ▶ Le formulaire de mandat SEPA (référence H7777) joint, complété, daté et signé. N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB),
- ▶ La(les) attestation(s) Vitale(s) du (des) bénéficiaire(s) du contrat.



Assurances & Prévoyance

# Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez HENNER GMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de HENNER GMC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

### CRÉANCIER :

HENNER GMC 10 rue Henner 75459 PARIS CEDEX 09 FRANCE
---------------------------------------------------------------

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162
---------------

Référence Unique de Mandat

--

### LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :

Nom / Prénom : .....		Raison Sociale : .....	
Adresse : .....			
Code postal : .....		Ville : .....	Pays : .....
Coordonnées bancaires du compte à débiter ( <b>Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire</b> ) :			
IBAN : <input type="text"/>			
BIC : <input type="text"/>			

### LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :

Nom / Prénom : .....	
Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom. Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.	

Type de paiement : Récurrent

Fait à : ..... Le : .../.../.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

<b>À retourner à :</b>  <b>HENNER GMC</b> 10 rue Henner 75459 PARIS CEDEX 09 FRANCE
----------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.**