



Je soussigné(e) M. M^{me} M^{lle} Nom Prénom
Né(e) le Nom de jeune fille
Numéro de Sécurité sociale Clé
Numéro d'affiliation Lettre clé
Adresse
Code postal Bureau distributeur
Tél. Portable Fax

Situation familiale :Célibataire Marié(e) Concubin(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Nombre d'enfants à charge **Situation professionnelle :**En activité Autre situation : **Déclare (réponse à cocher) :** **Demander mon adhésion à la garantie OMNI INCAPACITÉ**

- En tant que participant
- En tant que conjoint du participant
- En tant que concubin du participant Nbre d'enfants mutuellement reconnus

pour un montant d'indemnité journalière de : 20 € 50 € 100 € Autre montant (voir notice)**avec le supplément convalescence**

- ▶ Si vous ne souhaitez pas bénéficier du supplément convalescence, cochez la case ci-contre
- ▶ Si vous ne souhaitez pas que cette indemnité journalière soit réévaluée en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale, cochez la case ci-contre

 Ma cotisation périodique :je souhaite payer ma cotisation avec la périodicité suivante : trimestrielle mensuelle* **Avoir reçu et pris connaissance de l'extrait de la notice d'information valant conditions générales.** **Souhaiter que l'adhésion prenne effet à compter du** / /

* Application d'une majoration de 1,2 % sur les cotisations mensuelles pour les frais de gestion supplémentaires.

Fait à Signature Le / / **N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER** →**ACCEPTATION DE L'INPR Nécessaire pour la prise d'effet de la garantie**L'Institution Nationale de Prévoyance des Représentants certifie accepter l'adhésion de l'assuré(e) ci-dessus dénommé(e) à effet du / / Fait à Clichy, le / /

Pour l'Institution

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Nous vous rappelons que, conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information vous concernant figurant sur les fichiers de l'Institution. Sauf opposition de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du Groupe Malakoff Médéric et à ses partenaires, dont la liste vous sera transmise sur simple demande. Nous vous remercions d'adresser vos courriers à ce sujet à : Groupe Malakoff Médéric - Secrétariat général - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09 ou par e-mail : sgil@malakoffmederic.fr