

Bulletin individuel d'affiliation contrat Aon Santé

Je soussigné (e) : Nom : Prénom :

Date de naissance : N° SS :

Adresse :

Email :@..... N° Tél. :

Demande à bénéficier du contrat Aon Santé à compter du :, moyennant une cotisation à ma charge et calculée selon le barème ci-après :

Couverture de l'assuré principal seul (Isolé) ou avec ses ayants droit au sens de la Sécurité sociale pour le conjoint et ses enfants (Famille)(*)				Couverture du Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale (*)	
Régime Général		Alsace Moselle		Régime Général	Alsace Moselle
Isolé	Famille	Isolé	Famille		
1.57%	3.37%	0.94%	2.03%	1.78%	1.07%
51.98 €	111.58 €	31.12 €	67.21 €	58.94 €	35.43 €
1.73%	3.74%	1.05%	2.24%	1.96%	1.17%
57.28 €	123.83 €	34.77 €	74.17 €	64.90 €	38.74 €
2.01%	4.32%	1.21%	2.58%	2.26%	1.35%
66.55 €	143.04 €	40.06 €	85.42 €	74.83 €	44.70 €

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Sécurité Sociale sur la base du plafond en vigueur au 01/01/2018 (3311euros/mois au 01/01/2018).

(*) le changement de tranche d'âge intervient au 1^{er} janvier de l'année suivant la date anniversaire de chaque cotisant (Assuré ou Conjoint)

Conditions de maintien des enfants : Etre âgés de moins de 21 ans et remplir l'une des conditions suivantes : Etre à charge Sécurité Sociale de l'assuré ou de son conjoint - Etre affiliés au régime de Sécurité Sociale des étudiants - Etre immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale et exerçant une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au 28^{ème} anniversaire pour les enfants remplissant l'une des conditions ci-dessus et sous réserve qu'ils poursuivent leurs études.

Ce contrat étant souscrit dans un cadre associatif (APS) des frais annuels de 1 euro par adhérent sont exigés. Ces frais d'adhésion à l'association seront prélevés lors du premier règlement puis au mois de janvier de chaque année.

PERSONNES A GARANTIR				
	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
Vous-même				
Votre conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				
4 ^{ème} enfant				

Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif souscrit par l'Association APS.

Fait à : le :/...../.....

Signature (Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)