

Régime Prévoyance

Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles



> ADHERENT

Nom

Siren/Siret

Date d'embauche

Date d'affiliation du salarié au contrat

Rémunération brute annuelle €

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'adhérent à la date de signature de la présente déclaration.

A le *Signature et cachet de l'adhérent*

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° Contrats CCN011000/CCN011001

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Lisez attentivement votre désignation de bénéficiaires du capital décès. Si vous souhaitez la modifier, utilisez une désignation personnalisée.
Si vous êtes en arrêt de travail, cette désignation ne vaut que pour la fraction du capital garanti par Humanis Prévoyance. Elle ne s'applique pas aux capitaux décès maintenus le cas échéant par un précédent assureur.
- 3- Dater et signez votre déclaration.
- 4- Transmettez le tout à l'adresse figurant au verso de ce document.

> SALARIE

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille

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

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @



> DESIGNATION DE BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES (désignation contractuelle)

Je déclare attribuer le capital garanti par le contrat aux bénéficiaires suivants :

- à mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès ou à mon partenaire lié par un PACS ou à mon concubin [1] non séparé au moment du décès,
- à défaut, à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, par parts égales entre eux,
- à défaut, à mon père et à ma mère, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, à mes héritiers par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

[1] *Personne vivant maritalement sous le même toit que le participant sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.*

Au moment ou au cours de votre affiliation, vous pouvez désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de notre organisme. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à notre organisme de les contacter en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous signature privée ou par acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance ...).

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

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, à l'adresse ci-dessous.