

Déclaration de reprise de passif



N° ENTREPRISE

ENTREPRISE

Raison sociale

Siren/Siret Code NAF Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Télécopie E-mail @

Correspondance à adresser à

LISTE DES ANCIENS SALARIÉS DE L'ENTREPRISE BÉNÉFICIAIRES DE L'ANI à la date d'effet de l'adhésion

Nom	Prénom	Date de naissance	Salaire et statut cadre / non cadre	Date de rupture de contrat de travail	Date théorique fin de maintien ANI	Nom et Prénom du conjoint bénéficiaire du maintien ANI	Nom et Prénom des enfants à charge bénéficiaires du maintien ANI
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR PRÉCÉDENT

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Tél.

DÉCLARATION DE SINISTRES EN COURS (reprise de passif)

• Liste des salariés et anciens salariés de l'entreprise en arrêt de travail (Incapacité temporaire de travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique - Invalidité) à la date d'effet de l'adhésion

Nom	Prénom	Date de naissance	Catégorie assurée	Salaire annuel précédant l'arrêt de travail	Situation de famille	Nombre d'enfants à charge	Etat : Incapacité ou Invalidité	Date de l'arrêt de travail	Date de mise en invalidité	Catégorie d'invalidité ou taux d'incapacité permanente	Montant Indemnités journalières ou Rentes (préciser le fractionnement)	Contrat de travail rompu (O/N)

• Liste des bénéficiaires percevant une rente éducation ou une rente de conjoint à la date d'effet de l'adhésion

Nom	Prénom	Date de naissance	Date de décès du salarié	type de rente RE ou RC	Rente de conjoint RT ou RV	Montant de la rente versée par l'organisme assureur

RE : Rente Éducation - RC : Rente de conjoint - RT : Rente Temporaire - RV : Rente Viagère

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR PRÉCÉDENT

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

A le

Signature du dirigeant (précédée de la mention "lu et approuvé")
Cachet de l'entreprise

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.