

## Déclaration de reprise de passif

N° ENTREPRISE 

CCN des Cabinets ou entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers - Brochure JO 3205

### > ENTREPRISE

Raison sociale

Siren/Siret  Code NAF  Forme juridique

Adresse

Code postal  Ville

Téléphone  Télécopie  e-mail  @

Correspondance à adresser à

### > LISTE DES ANCIENS SALARIES DE L'ENTREPRISE BENEFICIAIRES DE LA PORTABILITE DES GARANTIES 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 des garanties Prévoyance	Date théorique fin de maintien des garanties Santé	Date théorique fin de maintien des garanties Optionnelles	Nom et prénom du conjoint bénéficiaire du maintien des garanties	Nom et Prénom des enfants à charge bénéficiaires du maintien des garanties
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 PREVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR PRECEDENT

Nom  Adresse

Code postal  Ville  Tél.



> DECLARATION DE SINISTRES EN COURS (reprise de passif)

• Liste des salariés et anciens salariés de l'entreprise en arrêt de travail (Incapacité - 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 Education - RC : Rente de conjoint - RT : Rente Temporaire - RV : Rente viagère

> INSTITUTION DE PREVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR PRECEDENT


A  le

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

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, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.

IMPO061-02HUMANISPO4-14 • Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - membre du groupe Humanis. Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 PARIS. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Laboulaye 75009 PARIS.