Humanis

AG2R LA MONDIALE

OCIRP
unis par excellence

DÉCLARATION D'AFFILIATION

CCN des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet. IDCC 500 - JO 3148

☐ Entreprise demandant son adhésion ☐ Entreprise déjà adhérente - N° de CONTRAT : _____

• Adhérent

Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.

Raison sociale _____ N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse _____

• Participant

Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.

Nom de naissance _____ Prénoms _____

Nom marital _____ Né(e) le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse _____

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Tél. |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| e-mail _____

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation de famille ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ou divorcé(e) ☐ Pacsé(e)

☐ En concubinage depuis plus de 2 ans (ou avec un enfant issu d'un concubinage de moins de 2 ans)

Nombre d'enfants à charge |_|_|

Catégorie ☐ Non cadre (salarié ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

☐ Cadre (salarié relevant des articles 4,4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) : ☐ Art.4 ☐ Art.4 bis ☐ Art. 36

Date d'embauche dans l'entreprise |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Salaire annuel brut limité à la TA perçu au cours de l'année civile _____

Etes-vous en arrêt de travail ? ☐ oui ☐ non Si oui depuis quelle date ? _____

Travaillez-vous à temps partiel ? ☐ oui ☐ non Si oui : pour motif médical ? ☐ oui ☐ non votre temps de présence ? _____

Bénéficiaire du capital décès

Le capital garanti en cas de décès du participant est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après :
au conjoint non séparé judiciairement, ou, au partenaire lié par un PACS du participant, ou au concubin, à défaut et par parts égales aux enfants du participant nés, à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs, à défaut de descendance directe, par parts égales entre eux, à ses parents, à défaut, à ses grands-parents survivants, à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

☐ Je souscris à la désignation conventionnelle de bénéficiaires.

Désignation particulière des bénéficiaires : 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 portés 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 seing privé ou par acte authentique.
Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du participant ou en cas de révocation prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation conventionnelle s'applique pour la part du capital initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaires.

Je, soussigné, demande mon affiliation à Humanis Prévoyance et certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.
J'autorise Humanis Prévoyance à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités. 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.

Nom _____ Prénom _____

Fait à _____ le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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

Document à retourner à votre employeur

IMP11 44-02HUMANISPREV05-14 **Humanis Prévoyance** agit pour son compte et pour le compte d'**AG2R Prévoyance**, lui ayant donné mandat de souscription dans le cadre de la présente co-assurance. **Humanis Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - siège social : 7 rue de Magdebourg 75116 Paris Cedex. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75009 PARIS. **AG2R Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - siège : 35 bd Brune 75014 Paris.