

## À remplir par l'employeur

*Sauf mention contraire, les réponses aux questions posées sont obligatoires*

Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 N° du contrat de prévoyance ou de la proposition d'assurance : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance du Participant : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Nom marital : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Catégorie :  Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947  
 Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de CCN de 1947 : Art.4  Art.4 bis   
 Date d'embauche du Participant dans l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Fonction exercée : \_\_\_\_\_ Salaire annuel brut : \_\_\_\_\_

## À remplir par le salarié

*Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.*

Situation de famille **M**  Marié(e) **C**  Célibataire **V**  Veuf(ve) **P**  Partenaire (PACS) **D**  Divorcé(e)  
**Co**  Concubinage depuis plus de 2 ans (ou avec un enfant issu d'un concubinage de moins de 2 ans)

### Désignation conventionnelle des bénéficiaires :

Le capital garanti en cas de décès du Participant est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après à son conjoint non séparé de corps judiciairement, non divorcé ; à défaut à son partenaire lié par un PACS, à défaut à son concubin ; à défaut, à ses enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs, à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut, à son père et à sa mère, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux ; à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux ; à défaut à ses héritiers, par parts égales entre eux sous couvert du notaire chargé de la succession du Participant dans la limite du capital dû (voir ces définitions à l'article 17.1 du contrat d'adhésion).

### Désignation particulière des bénéficiaires :

À tout moment, vous avez la faculté d'effectuer une désignation particulière si la désignation conventionnelle ci-dessus ne convient pas ou plus. Vous devez alors indiquer par écrit, à l'Institution, la ou les personnes physiques ou morales que vous désignez comme bénéficiaires. Vous pouvez également effectuer cette désignation par acte authentique (c'est à dire rédigé par un officier public, un notaire par exemple). Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Participant ou en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation particulière, la désignation contractuelle s'applique pour la part du capital initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaires. Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment. Toutefois, Humanis Prévoyance attire votre attention sur le fait que l'acceptation par le bénéficiaire a pour effet de rendre irrévocable la stipulation faite à son profit.

Je souhaite effectuer une désignation de bénéficiaire(s) différente de celle énoncée ci-dessus, je désigne comme bénéficiaire(s) du capital décès (à remplir en caractères majuscules) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Vous pouvez indiquer les coordonnées de ce(s) bénéficiaire(s), celles-ci seront utilisées par l'Institution si vous décédez ;
- Indiquez pour les personnes physiques les nom, prénom et date de naissance et pour les personnes morales la raison sociale et l'adresse du siège ;
- Si les bénéficiaires viennent en rangs successifs, mentionnez "à défaut" entre chacun d'eux ;
- Si les bénéficiaires sont désignés conjointement, mentionnez "par parts égales" ou le pourcentage choisi pour chacun d'eux.

## Déclaration du salarié

*Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.*

**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.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
 Signature du salarié :

**Cachet de l'entreprise**