Humanis

syneas
SYNDICAT D'EMPLOYEURS
au service de l'action sociale et santé

DÉCLARATION DE DÉCÈS - CHRS

À compléter par l'employeur

Employeur _____

Numéro d'adhésion ☐☐☐☐☐☐ (indispensable)

L'assuré(e), salarié(e) de l'entreprise

Nom de naissance _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____ N° Sécurité sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Situation de famille ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage depuis plus de 2 ans (ou avec un enfant issu d'un concubinage de moins de 2 ans)
☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

L'assuré(e) a-t-il (elle) des enfants à charge (au sens du contrat) ? ☐ Oui ☐ Non

Le salarié était-il en arrêt maladie ? ☐ Oui ☐ Non Date de l'arrêt ☐☐☐☐☐☐

Le sinistre

Le sinistre fait suite à ☐ un décès ☐ un décès accidentel ☐ une Invalidité Absolue Définitive 3e catégorie

Intervenu(e) le ☐☐☐☐☐☐

Il concerne ☐ l'assuré(e) ☐ son conjoint

Nom de naissance _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____ Né(e) le ☐☐☐☐☐☐ à _____

Personne à contacter pour l'obtention des pièces administratives

Nom _____ Prénom(s) _____

Adresse _____

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville _____

Téléphone ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Lien de parenté avec le salarié de l'entreprise :

☐ Conjoint ☐ Concubin(ne)/pacsé(e) ☐ Enfant ☐ Autre (à préciser) _____

Fait à _____ le ☐☐☐☐☐☐

Document à retourner à :

HUMANIS PRÉVOYANCE
Service prestations Prévoyance CHRS
8, boulevard Vauban
59024 LILLE CEDEX
Tél : 03.20.42.55.23
Fax : 03.20.42.56.33

Signature et cachet de l'employeur

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.

IMP1430-02 HUMANISP07-14 (Ex : MUADH-135)