

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION** Entreprise demandant son adhésion  Entreprise déjà adhérente - N° de CONTRAT : \_\_\_\_\_**Adhérente***Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.*

Raison sociale : \_\_\_\_\_

N°SIRET 

Adresse : \_\_\_\_\_

**Assuré***Les réponses aux présentes questions sont obligatoires.*

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_

Né(e) le  à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :  Ville : \_\_\_\_\_Téléphone :  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  Article 36  CadreDate d'embauche dans l'entreprise :  Salaire annuel brut : \_\_\_\_\_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**

La capital garanti en cas de décès de l'assuré est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire de PACS ou au concubin notoire (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ; à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales ; à défaut à ses petits-enfants par parts égales ; à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales ; à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales ; à défaut et par parts égales à ses frères et sœurs ; à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

A tout moment, vous avez la faculté d'effectuer une désignation particulière si la désignation contractuelle ci-dessus ne vous convient pas ou plus. Vous devez alors indiquer par écrit, à l'Assureur, 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).

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable,
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et l'organisme assureur.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

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

- 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 social.
- Vous pouvez indiquer les coordonnées de ce(s) bénéficiaire(s), celles-ci seront utilisées par l'Assureur si vous décédez.
- 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.

**Je, soussigné, demande mon affiliation à Humanis Prévoyance et certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le code de la Sécurité sociale (Article L.932-7) notamment la nullité des garanties.**

J'autorise Humanis Prévoyance à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Satisfaction client (303 rue Gabriel Debacq 45777 Saran Cedex), (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés).

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_, le **Signature de l'assuré**  
(précédée de la mention "lu et approuvé")**Cachet de l'entreprise**