

DEMANDE D’AFFILIATION - CHRS

A remplir par l’employeur

Raison sociale _____ N°SIRET _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ FaX (facultatif) _____

N° Adhésion _____ (indispensable)

Nom patronymique de l’assuré _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____ Né(e) le _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ e-mail (facultatif) _____

N° Sécurité sociale _____ Catégorie Cadre Non cadre

Date d’embauche de l’assuré par l’entreprise _____

Fonction exercée* _____ Salaire brut perçu au cours des 12 derniers mois _____

L’assuré est effectivement présent au travail, sans réduction d’horaire pour des raisons de santé Oui Non

* Les salariés en insertion titulaires d’un contrat de travail accueillis dans les Ateliers et Chantiers d’Insertion ne bénéficient pas du régime de prévoyance conventionnel.

À remplir par l’assuré

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) Nombre d’enfants à charge _____

Désignation contractuelle des bénéficiaires

Le capital garanti en cas de décès de l’assuré est attribué au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ; à défaut au concubin notoire ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l’assureur n’étant tenu qu’à un seul versement au bénéficiaire apparent ; à défaut aux enfants vivants ou représentés ; à défaut, à ses petits-enfants ; à défaut de descendants directs, à ses parents survivants, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ; 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 l’absence d’héritier, le capital est versé au Fonds social d’Humanis Prévoyance à charge pour cette dernière de participer, si nécessaire, aux frais d’obsèques du défunt, dans la limite du capital dû.

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) :

- 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 ;
- 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 ;
- Lorsqu’une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation de l’assuré ou en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s’applique pour la part du capital initialement prévue pour ce ou ces bénéficiaire(s) ;
- 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.

Déclaration de l’assuré

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.

Nom : _____ Prénom : _____

Fait à _____ le _____

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.

**Signature de l’assuré
à faire précéder de la mention « lu et approuvé » :**