SOCIETE :
FILIALE :

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION PREVOYANCE

PERSONNES A AFFILIER

NOM (M., Mme, Melle)_____Prénom_____

Adresse_____

Date de Naissance_____N° sécurité sociale |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Email_____N° de téléphone_____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____Nombre d'enfant(s) à charge :_____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf ☐ Divorcé(e) ☐ Autre :

Collège : ☐ Cadres ☐ Non Cadres

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES PREVOYANCE

⇨ Bénéficiaire du capital décès : sauf désignation particulière et à l'exception de la majoration pour enfant à charge qui est obligatoirement réglée à l'enfant qui y ouvre droit ou à son représentant légal, le capital est versé à votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement, à défaut par parts égales à vos enfants vivants ou représentés comme en matière de succession, à défaut par parts égales à vos père et mère, à défaut de l'un sa part revenant au survivant, à défaut à vos autres héritiers.

⇨ Si cette clause ne convient pas, précisez celle de votre choix sur document spécial à demander à votre service RH ou au GAN

PARTIE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

⇨ Date d'entrée dans l'assurance : _____ Salaire annuel brut : _____ €uros

L'entreprise contractante déclare que la personne à assurer est présente au travail sans réduction d'horaire pour cause de santé à sa date d'admissibilité prévue par le contrat.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à intervenir, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément au contrat souscrit par l'Entreprise auprès de l'Institution.

Signature de l'assuré(e)
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Fait à_____, le_____

Cachet de l'entreprise