

Affilié(e)

Nom : _____ Prénom(s) : _____
Nom de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Numéro immatriculation R.O. ⁽¹⁾ : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Tél. : _____ Email : _____
Catégorie : Cadre Non cadre Date d'affiliation : _____ Salarié à employeurs multiples : Oui Non
Salaire annuel brut ⁽²⁾ : _____ Taux de temps de travail : _____ % si inférieur à 100 %
Date de suspension du contrat de travail : _____ Date de retour prévue : _____
Motif : Maternité Arrêt de travail Invalidité Congé parental Congé formation Congé sabbatique Autre : : _____

⁽¹⁾ Régime Obligatoire de protection sociale ⁽²⁾ correspondant au temps travaillé

Entreprise

N° SIRET _____

NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)
CONTRAT(S) _____

SOUS-CONTRAT(S) _____

RAISON SOCIALE (ou cachet) : _____

RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE			
N° DE CONTRAT	N° D'AFFILIATION	EFFET	PTF
_____	_____	_____	_____

Désignation de bénéficiaire(s) en cas de décès

Sauf stipulation contraire au jour de votre décès, le capital décès revient à votre conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un PACS, à défaut, à vos enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut, à vos autres héritiers. **Il vous appartient de vérifier que cette clause type correspond à votre volonté et si ce n'est pas le cas, vous devez compléter le document spécifique à cet effet.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes :** tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Gestion financière

À votre affiliation, un mode de gestion a été retenu. Toutefois, si vous souhaitez modifier ce mode de gestion, vous avez la possibilité de le changer à tout moment sur votre espace client.

Je demande à modifier l'âge prévisionnel de départ à la retraite (par défaut l'âge retenu est 67 ans) : _____ ans. Il doit être compris entre 60 et 70 ans. Cet âge sert uniquement à la désensibilisation financière prévue dans la gestion à horizon.

Protection des données personnelles

Concernant vos données personnelles, vous pouvez retrouver les informations relatives aux traitements mis en œuvre et aux modalités d'exercice de vos droits dans votre notice d'information ou en vous adressant à votre Assureur qui pourra également vous communiquer sa Politique de protection des données personnelles.

Signature

Je soussigné(e) _____

- certifie la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon affiliation au contrat susvisé et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,
- reconnais avoir reçu et conservé un exemplaire de la notice d'information du contrat correspondant aux garanties que j'ai demandées et en avoir pris connaissance,
- reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la protection des données personnelles.
- certifie avoir reçu et conservé un double du présent document.
- reconnais avoir été informé(e) que l'assureur adressera tout ou partie des documents, courriers et informations sous forme dématérialisée. J'ai pris note que je peux à tout moment m'opposer à l'utilisation d'un support durable dématérialisé et revenir à un mode de communication sur support papier, sur simple demande selon les modalités prévues par le contrat.

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

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