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 : ☐ Salariés et assimilés salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres
☐ Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des 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 à GEREP.

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

Gerep, Société Indépendante de courtage en assurance – 4 ruede vienne 75008 Paris – SAS au capital de 101 120 € - RCS Paris B 351 299 862.
Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www,orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l'APCR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client : GEREP – Service réclamation – CS 40001, 4rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou réclamation@gerep.fr – Les réclamations sont traitées dans un délais de 2 mois.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercé en vous adressant à GEREP.