

## Prévoyance | CCN Établissements d'enseignement privés sous contrat (EEP)

### > ÉTABLISSEMENT ADHÉRENT

Je soussigné(e)

Fonction

Représentant l'établissement adhérent

Numéro de contrat

certifie sincères les renseignements indiqués ci-après.

### COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT ?

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Datedez et signez.
- 3- Retournez le à votre centre de gestion.

### > PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° Sécurité sociale ou MSA

Sexe  F  M      Civilité  M.  Mme  Mlle

Situation de famille  célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)

Date de naissance

Fonction       Ancienneté dans la profession  ans  mois  jours

Date d'entrée dans l'établissement

**Statut**  enseignant régime fonctionnaire  enseignant régime Sécurité sociale / MSA  salarié rémunéré par l'établissement  
 Cadre  Non Cadre

Contrat de travail à temps  Complet  Incomplet  Partiel autorisé

Durée de travail effectif au cours de 18 derniers mois  mois

Personne à charge au jour de l'évènement  Oui  Non

### > DÉCÈS

Date du décès       cause du décès

Situation du participant le jour du décès  En activité  
 En arrêt de travail pour (motif)

Date de l'arrêt de travail       Date de rupture du contrat de travail

Période pendant laquelle une rémunération totale ou partielle a été maintenue par l'employeur en cas d'arrêt de travail :  
du  au

## > BÉNÉFICIAIRES

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

## > PIÈCES À JOINDRE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'original de la désignation de bénéficiaire (ou notification écrite de l'absence de désignation).   | <input type="checkbox"/> Certificat de scolarité récent pour les enfants majeurs poursuivant leurs études ainsi que la photocopie de la carte Sécurité sociale Etudiante ou, le cas échéant, une attestation de stage ou une copie du contrat d'apprentissage ou une copie du dernier justificatif de paiement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou adultes handicapés (AAH) et un justificatif des revenus perçus. |
| <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille.  |  |
| <input type="checkbox"/> Extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales pour l'assuré et pour chaque bénéficiaire, ainsi que pour les enfants à charge dans le cas où des majorations ou des rentes éducation sont prévues contractuellement. | <input type="checkbox"/> L'attestation d'inscription au Pôle Emploi pour les enfants âgés de plus de 21 ans et de moins de 23 ans si ces derniers sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi.   |
| <input type="checkbox"/> L'original de l'acte de décès.   | <input type="checkbox"/> Un certificat de nationalité et de résidence le cas échéant.  |
| <input type="checkbox"/> Un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.   | <input type="checkbox"/> La copie du jugement de tutelle le cas échéant.   |
| <input type="checkbox"/> Déclaration du choix d'option du ou des bénéficiaires.   |  |
| <input type="checkbox"/> Photocopies des douze bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou le décès.   | <i>Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.</i>   |

## > PERSONNE À CONTACTER (si besoin)

Nom	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Je certifie que l'intéressé figure sur les listes du personnel à la date d'ouverture des droits.

À  le

Cachet de l'établissement et signature

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris. • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : [protection-donneespersonnelles@humanis.com](mailto:protection-donneespersonnelles@humanis.com) ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

## NOS COORDONNÉES

Malakoff Médéric Humanis - Immeuble Britannia - 20 boulevard E. Deruelle - 69432 LYON Cedex 03 - Tél. 09 77 401 200  
APPEL NON SURTAXÉ

2/2

IMP0753-05MMH02-19