Demande de Prestations Prévoyance
portabilité des garanties Prévoyance
Article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008

Vauban Humanis
Une solidarité d'avance

Ce document est à compléter par le demandeur de la prestation

Coordonnées de l'entreprise — *A remplir en lettres capitales*

Raison sociale : .....

Adresse : .....

N° de Siret : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° d'adhérent prévoyance : ……

Coordonnées de l'assuré(e) — *A compléter en lettres capitales*

Nom patronymique : …… Nom marital: ……

Prénom : ……

N° Sécurité sociale :……

Date de naissance :……Commune et pays de naissance :……..

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Situation de famille *(cochez la case correspondante)* :

❑ Marié(e) ❑ Célibataire ❑ Concubin(e) ❑ Pacsé(e) ❑ Divorcé(e)/Séparé(e) ❑ Veuf(ve)

L'assuré(e) a-t-il des enfants à charge (au sens du contrat) ? ❑ OUI ❑ NON

Si oui, complétez les informations suivantes :

Nom	……	Prénom ……	Date de naissance	
Nom	……	Prénom ……	Date de naissance	
Nom	……	Prénom ……	Date de naissance	
Nom	……	Prénom ……	Date de naissance	

Date de la rupture du contrat de travail : ……..

Motif de la rupture du contrat de travail : ……

L'assuré(e) est-il bénéficiaire à la date du sinistre des allocations versées par le régime d'assurance chômage :

❑ OUI ❑ NON

L'assuré(e) bénéficie t il d'une indemnisation complémentaire versée par un autre organisme que la Sécurité Sociale pour ce sinistre : ❑ OUI ❑ NON

Si oui, indiquez le nom et les coordonnées de cet organisme :
……..

DDP-V01 / Août 2009

A compléter en cas de demande de prestations d'indemnité journalière

A compléter en lettres capitales

Date de l'arrêt Initial : Date de fin de l'arrêt (1) :

(1) Indiquer la date fin de l'arrêt si celle-ci est connue à la date de la demande

A compléter en cas de demande de prestations invalidité

A compléter en lettres capitales

Date de la mise en invalidité : Catégorie d'Invalidité : ……..

Date de l'arrêt initial ayant généré cette invalidité :

A compléter en cas de demande de prestations décès

A compléter en lettres capitales

Date du décès le :

Décès accidentel : ❑ OUI ❑ NON

Si oui, cause de l'accident : ……

Le décès concerne *(cochez la case correspondante)* :

❑ l'assuré(e) ❑ son conjoint ❑ un enfant à charge

Nom et prénom de la personne décédée : ……

Date de naissance de la personne décédée :

A compléter par le demandeur de la prestation

A compléter en lettres capitales

Nom et prénom du Demandeur : ……

Qualité du Demandeur par rapport à l'assuré(e) : ……..

Joindre **obligatoirement** :

- un **certificat de droits aux allocations chômages** de l'assuré.
- une **attestation de paiement de vos cotisations** prévoyance auprès de l'ex employeur

(par exemple copie du solde de tout compte faisant apparaître l'intégralité des paiements de cotisations ou une attestation de l'ex employeur précisant les montants versés ainsi que les périodes correspondantes.)

Envoyer les éléments à :

Vauban Humanis
Service Prestations Prévoyance
8, Bd Vauban 59 024 Lille Cedex

Je, soussigné(e), 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 L932-7) notamment la nullité des garanties.

J'autorise Vauban Humanis à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du service relation clients de l'Institution, 8 Bd Vauban, 59024 Lille Cedex (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés).

Fait le……A ……
Signature du demandeur :