CAPSSA

DEMANDE DE RECONDUCTION À L'ADHÉSION À TITRE INDIVIDUEL AU CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE

Principe

Le maintien des garanties au-delà de la période initiale (période maximale d'un an) doit faire l'objet de l'établissement d'un bulletin de reconduction d'adhésion à titre individuel.

Le bulletin de reconduction dûment complété par le demandeur et son employeur doit arriver à la **CAPSSA avant la date d'échéance de la période en cours de garantie.**

Comment remplir cet imprimé

Le participant qui souhaite adhérer doit :

- Renseigner les parties 1 et 2 ;
- Dater et signer l'attestation sur l'honneur en partie 3 ;
- Compléter, dater et signer le mandat de prélèvement SEPA (partie 4) et joindre un RIB comportant les mentions BIC - IBAN **si le mode de paiement des cotisations choisi est le prélèvement ;**
- Joindre une pièce d'identité **(au choix)** en cours de validité :
  - photocopie recto-verso de la carte d'identité ;
  - photocopie du passeport.

L'employeur doit :

- Renseigner la partie 5 ;
- Dater et signer l'attestation d'exactitude des informations de la partie 6.

1. IDENTITÉ DU PARTICIPANT

M Mme

Nom ..... Nom de naissance .....
Prénom(s) ..... Né(e) le ..... Lieu de naissance .....

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse

N° ..... Rue .....
Code Postal ..... Ville ..... Pays .....

Téléphone ..... Courriel .....@.....

2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION

Période de couverture :
Du ..... au .....

Mode de paiement (cocher la case) :
Chèque Prélèvement mensuel

V09.2023 b300u

Caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale et assimilés ı Institution régie par le code de la Sécurité sociale
2 ter, boulevard saint-martin 75010 paris
tél : 01 48 03 90 90 ı fax : 01 48 03 90 91 ı email : sce.technique@capssa.fr ı www.capssa.fr

3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je déclare adhérer à titre individuel au régime de prévoyance et accepter de verser l'intégralité des cotisations afférentes (soit 2% de la rémunération brute annuelle telle que définie par le contrat et le règlement de prévoyance de la CAPSSA) pour bénéficier du maintien des garanties décès et invalidité durant ma période de congé sans solde ou réputée comme telle au regard des règles conventionnelles applicables ou de mon absence non rémunérée.

Je déclare avoir été informé(e) de l'ensemble des conditions exposées ci-dessous :

- Les garanties seront suspendues sans préavis, en cas de non-paiement des différentes fractions de la cotisation, après écoulement d'un délai de trente jours suivant une mise en demeure, conformément aux dispositions de l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité Sociale. A l'issue d'un délai de quarante jours suivant ladite mise en demeure, la CAPSSA pourra résilier unilatéralement l'affiliation à titre individuel, sans préjudice du droit de diligenter toute procédure de recouvrement de l'ensemble des cotisations impayées ;
- Les dispositions de l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité Sociale, reproduit ci-après, relatives à la prescription des actions des opérations mises en oeuvre par les Institutions de Prévoyance ; *« Toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente section sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :*
  - *En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution de prévoyance en a eu connaissance ;*
  - *En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là. Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant » ;*
- La réalisation d'un risque garanti par le contrat de prévoyance, sera à déclarer au moyen d'un formulaire destiné à cet effet et mis à disposition des membres participants, après avoir été dûment renseigné par l'organisme adhérent ;
- Les éventuelles réclamations devront être adressées au Service Réclamation de la CAPSSA ;
- L'autorité chargée du contrôle de la CAPSSA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4, place de Budapest cs 92459 75436 Paris.

Je reconnais avoir :

- Reçu, préalablement à la signature du présent bulletin, copie du contrat de prévoyance, de ses avenants ainsi que du règlement de prévoyance ;
- Pris connaissance des conditions d'attribution, de modification et de suppression des garanties de prévoyance ainsi que des conditions de souscription, résiliation, dénonciation et renonciation de l'affiliation à titre individuel ;
- Reçu une notice d'information ainsi qu'un bulletin de désignation à l'effet, soit de procéder à une modification du ou des bénéficiaire(s) potentiels que j'ai précédemment désigné(s) au moyen d'un bulletin de désignation antérieur, soit de procéder pour la première fois à une telle désignation expresse.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site www.capssa.fr « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité

Fait à ....., **le** ..... **Signature du participant**
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

V09.2023 b300u

4. MANDAT DE PRÉLEVEMENT SEPA

Cadre réservé à la CAPSSA

Référence Unique de Mandat SEPA .....

Désignation du créancier :
CAPSSA, 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS. ICS : FR20ZZZ473786.
(RUM) Type de paiement : paiement récurrent

Identité du payeur, titulaire du compte

Nom ..... Prénom(s) .....

Adresse de l'organisme adhérent

N° ..... Rue .....
Code Postal ..... Ville ..... Pays .....

Désignation du compte à débiter

IBAN ..... BIC .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CAPSSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément à nos instructions. Vous bénéficiez du droit à être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à ....., **le** .....

N'oubliez pas de signer ce mandat SEPA et de joindre un RIB comportant les mentions BIC – IBAN.
Vos droits concernant le mandat SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site www.capssa.fr « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité

Signature

V09.2023 b300u

Caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale et assimilés ▮ Institution régie par le code de la Sécurité sociale
2 ter, boulevard saint-martin 75010 paris
tél : 01 48 03 90 90 ▮ fax : 01 48 03 90 91 ▮ email : sce.technique@capssa.fr ▮ www.capssa.fr

5. SITUATION ADMINISTRATIVE DU PARTICIPANT

Nom de l'entreprise adhérent .....

Numéro d'adhérent ☐☐☐☐☐

Adresse de l'organisme adhérent

N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Ville ..... Pays .....

Période de couverture

Du ..... au .....

6. SIGNATURE DE L' EMPLOYEUR ET ATTESTATION DE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant aux rubriques 5 et 6 du présent imprimé.

Nom du gestionnaire du dossier .....

Téléphone ..... Courriel .....@.....

Fait à ....., **le** .....

Signature du participant **Cachet de l'Organisme**

V09.2023 b300u