



CAPSSA

BULLETIN D'ADHESION A TITRE INDIVIDUEL

Principe

La demande d'adhésion individuelle concerne les seuls congés sans solde de durée supérieure ou égale à un mois. La demande dûment complétée par le demandeur et son employeur doit arriver à la **CAPSSA au plus tard un mois après la date du début de la période de couverture demandée.**

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 original de RIB comportant les mentions BIC – IBAN **si le mode de paiement des cotisations choisi est le prélèvement** ;
- joindre une pièce d'identité avec photographie en cours de validité.

L'employeur doit :

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

1 – IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

M. Mme

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Né(e) le : Lieu de naissance :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / /

Courriel :@.....

2 – CARACTERISTIQUES DE L'ADHESION

Période de couverture du : / / 20..... au / / 20.....

Mode de paiement (cocher la case) :

- Chèque :
- Prélèvement mensuel :



CAISSE DE PREVOYANCE DES AGENTS DE LA SECURITE SOCIALE ET ASSIMILES

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

2ter, Boulevard Saint-Martin - 75010 PARIS - Tel : 01 48 03 90 90 - Fax : 01 48 03 90 91 - sce.technique@capssa.fr

ADHIN 08 2018

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 œuvre 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 :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution de prévoyance en a eu connaissance ;

2° 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 61, rue TAITBOUT à 75009 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.

Fait à : le / / 20.....

Signature

5 – SITUATION ADMINISTRATIVE DU PARTICIPANT

Nom de l'organisme adhérent :

Numéro d'adhérent :

Adresse de l'organisme adhérent :

Code postal : Ville :

Période de couverture du : / / 20..... au / / 20.....

Éléments servant au calcul du salaire de l'agent au moment de la mise en congé sans solde :

- Libellé de l'emploi :
- Coefficient :
- Points d'expérience :
- Points de compétence :
- Prime ou indemnités incluses dans l'assiette des cotisations :
Nature :
- Montant mensuel brut : , euros
- Horaire mensuel d'activité effectué : heures minutes
- Valeur du point salaire : ,
- Salaire mensuel brut correspondant : , euros

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 :

Téléphone : / / / /

Courriel :@.....

Fait à : le / / 20.....

Signature et Cachet de l'organisme adhérent

Les réponses obligatoires contenues dans cet imprimé sont utilisées pour la gestion de l'adhésion. Tout défaut de réponse engendrera des retards dans le traitement du dossier. Les réponses contenues dans cet imprimé peuvent faire l'objet des droits d'opposition, d'accès, de communication et de rectification figurant aux articles 38-39 et 40 de la loi N°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.