

CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE

À adresser à : **NOVALIS Prévoyance**
45777 Saran Cedex

☎ **N°Cristal 0 969 39 70 70** - Fax : 01 58 82 40 65
APPEL NON SURTAXE

Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande. Le responsable du traitement est votre organisme assureur.

ENTREPRISE

(Mention obligatoire)

N° établissement de gestion

P1

Raison Sociale

Adresse

Code Postal Bureau distributeur N° téléphone

N° Sécurité sociale

PARTICIPANT

Nom usuel Prénom

(à compléter en cas de modification)

Nom de jeune fille Nationalité

Né(e) le Adresse

Code Postal Bureau distributeur

MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE

Mariage (1) (2) le avec

Concubinage (2) (3) le avec

PACS (1) (2) (4) Né(e) le N° Sécurité sociale

Naissance (2) (5) de l'enfant : le

Enfant en cours d'adoption (2) : à partir du

Adoption (2) (5) de l'enfant : le

Décès (6) de l'enfant : le

Divorce (1) le La participante reprend-elle son nom de jeune fille ? OUI NON

Rupture du PACS (1) (4) le Séparation le

Décès (6) du conjoint le du partenaire PACS (6) du concubin (6)

Prise en charge d'un ayant droit (2) (7) : le

JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- (1) Acte de naissance du participant avec mentions marginales
- (2) Photocopie de l'attestation Carte Vitale du conjoint, PACS ou concubin s'il ne bénéficie pas déjà d'une mutuelle
- (3) Attestation de Vie maritale sur l'honneur
- (4) Attestation de la déclaration faite auprès du Greffe du Tribunal d'Instance
- (5) Acte de naissance de l'enfant avec mentions marginales
- (6) Acte de décès
- (7) Jugement du Tribunal

En cas de garantie "décès", le participant doit vérifier si sa clause bénéficiaire n'est pas à modifier en raison de sa nouvelle situation de famille. Le cas échéant, il doit adresser à l'institution par courrier, l'imprimé "Assurance en cas de décès - clause bénéficiaire" prévu à cet effet.

NOUVELLE SITUATION FAMILIALE COMPLÈTE

Célibataire Marié(e) Lié(e) par un PACS Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Vie maritale

PERSONNES À CHARGE AUTRE QUE LE CONJOINT OU PARTENAIRE PACS OU CONCUBIN

DATE DE NAISSANCE	PRÉNOM	NOM si différent de celui du participant	LIEN DE PARENTÉ	MOTIF DE MAINTIEN À CHARGE (1) (scolarité, handicap)	N° SÉCURITÉ SOCIALE si différent de celui du participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Joindre les justificatifs pour les enfants de plus de 18 ans.



OPTION(S) PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

Pour les régimes offrant plusieurs options, indiquer la (les) **nouvelle(s)** option(s) retenue(s) dans les conditions prévues par notre notice d'information :

- en prévoyance :
- en frais de santé :

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS CLAUSE BÉNÉFICIAIRE GÉNÉRALE

Si aucune clause bénéficiaire particulière n'a été adressée à l'institution, le bénéfice du capital garanti en cas de décès du participant et du complément du capital prévu en cas de décès par accident sera dévolu selon les dispositions prévues au règlement de l'institution ou dans le contrat de l'entreprise, mentionnées sur la notice d'information du régime concerné, à savoir :

- au conjoint du participant non divorcé ni séparé de corps judiciairement,
- à défaut au partenaire du participant avec lequel celui-ci est lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut, par parts égales aux enfants du participant, légitimes, reconnus ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales au père et à la mère du participant ou au survivant de l'un d'eux,
- à défaut, aux héritiers du participant en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

Si ces dispositions ne sont pas adaptées à votre cas, vous devez rédiger une clause bénéficiaire particulière sur le formulaire "Assurance en cas de décès - Clause bénéficiaire" prévu à cet effet.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant et d'un droit de rectification de celles-ci qui s'exercent auprès de votre organisme assureur. Nous vous informons que nous transmettrons votre affiliation à la Sécurité sociale si vous avez opté pour la procédure NOÉMIE.

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.

Fait à le

Signature et cachet de l'entreprise :

Signature du participant :