

A retourner à :

PRO BTP
Instruction prévoyance
BP 10
33278 FLOIRAC CEDEX

Vos références : 05733409.67

DEMANDE DE PRESTATIONS DÉCÈS BTP-PRÉVOYANCE

(à compléter par le demandeur)

Je soussigné(e) :

NOM* : **AOUZAL**

Prénom* : **BRAHIM**

ADRESSE* : N° **57**

Rue : **Rue des Chânes**

Code Postal **42210**

Commune **Craentilleux**

Téléphone* : **06 70 50 49 89**

Portable* : **06 70 50 49 89**

Je ne souhaite pas être informé(e) des actualités et des offres du groupe PRO BTP par téléphone.
Conformément à la loi n° 2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

E-mail : **habiba @ allizeo-web.fr**

Je souhaite être informé(e) des actualités et des offres du groupe PRO BTP par email.

déclare que le décès de **AOUZAL Mohamed**

N° de Sécurité sociale* : **1 70 06 99 350 505 10**

est dû à* :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> une maladie | <input checked="" type="checkbox"/> un accident de travail |
| <input type="checkbox"/> une maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> un accident de trajet |
| <input type="checkbox"/> un autre accident (préciser la cause) | |

Je demande le paiement du capital-décès, ainsi que le versement de la rente (conjoint, orphelin) qui peuvent éventuellement m'être versés, en qualité de* :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Descendant(e) |
| <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS | <input checked="" type="checkbox"/> Ascendant(e) |
| <input type="checkbox"/> Concubin(e) | <input type="checkbox"/> Tuteur des enfants |
| | <input type="checkbox"/> Frère / soeur |

En cas d'attribution d'une rente, je m'engage à faire connaître à BTP-PRÉVOYANCE tout changement de situation de famille.

Fait à **Craentilleux**, le **3** **11** / **2020**

Signature :

M. AOUZAL **Mme AOUZAL**

* informations obligatoires

Si le participant avait des enfants ⁽³⁾, complétez le tableau ci-dessous* :

Nom et prénom de l'enfant	Sexe (F ou M)	Date de naissance	Situation ⁽¹⁾ à la date du décès	Adresse ⁽²⁾

(1) Indiquez la situation familiale de chaque enfant (à charge fiscale, célibataire, marié, divorcé...), et son activité (étudiant, apprenti, chômeur...)

(2) Précisez l'adresse de chaque enfant

(3) Sont également considérés comme enfant à charge, les enfants du salarié et les enfants de la conjointe à charge fiscale de l'adhérent, nés viables, dans les 300 jours suivant son décès.

Fait à

... , le ... / ... / ...

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation, en application de l'article 441-7 du Code pénal. En effet, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

Signature :

(précédée de la mention "lu et approuvé")

1004379010-EQDCERQ093R1V2EAA

0000011

*informations obligatoires

A retourner à :

PRO BTP
Instruction prévoyance
BP 10
33278 FLOIRAC CEDEX

Vos références : 05733409.67

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE SITUATION MATRIMONIALE
ET PRESENCE D'ENFANT**

Je soussigné(e)* : Neus soussignés M et Mme AOUZAL Brahim

Bénéficiaire du capital décès,

Domicilié(e) à* :

57 Rue des Champs
3 Impasse Laurent
42210 Grainfilloux

atteste sur l'honneur que AOUZAL Mohamed (cochez la case correspondante à sa situation)*

vivait seul, à notre domicile adresse ci-dessus

vivait avec :

Coordonnées de cette personne :

atteste sur l'honneur que AOUZAL Mohamed (cochez la case correspondante à sa situation)*

n'avait pas d'enfant,

avait des enfants :

Nombre total d'enfants de l'adhérent (toutes unions confondues) * :

Coordonnées de chacun des enfants de chaque union (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone)* :

Fait à Grainfilloux, le 8/11/2020

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation, en application de l'article 441-7 du Code pénal. En effet, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

* informations obligatoires

Signature : lu et approuvé
(précédée de la mention "lu et approuvé")
M. AOUZAL Mme AOUZAL
[Signature] [Signature]





1004379010-EQDDCERHQ093FN12EAA

00000009



GED
DIA

A retourner à :

PRO BTP
Instruction prévoyance
BP 10
33278 FLOIRAC CEDEX

Vos références : 05733409.67

ATTESTATION DE PRESENCE ET DE SALAIRE BTP-PRÉVOYANCE

(à compléter par l'entreprise s'il ne s'agit pas d'une adhésion individuelle)

Complète et renvoie par AD le 16/07/20

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR*

RAISON SOCIALE :

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____

N°siret _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Personne à contacter : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT*

NOM : AOUZAL Prénom : Mohamed

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____

Date de naissance : 0 6 / 0 6 / 1 9 7 0

Numéro de Sécurité sociale : _____

Date d'embauche : ____ / ____ / ____

Qualification professionnelle : _____ depuis le : ____ / ____ / ____

Contrat : temps complet
 à temps partiel : taux _____ % ou nombre d'heures _____ par mois

→ Le salarié est absent de l'entreprise depuis le : ____ / ____ / ____

Pour cause de : maladie maladie professionnelle autre accident
 accident du travail accident de trajet

et a repris le travail le : ____ / ____ / ____ salaire brut annuel de reprise : _____ €

à temps complet à temps partiel

n'a pas repris le travail à ce jour

→ Le salarié était-il en période de préavis : de licenciement ? oui non
 de démission ? oui non

Si oui, date de début du préavis ____ / ____ / ____
date de fin de préavis ____ / ____ / ____

1004379010-EQDCEPR0093R/VZEA

0000008



*Certificat de décès
à compléter par le médecin
qui doit être remis
à l'employeur de la victime*

A retourner à :

PRO BTP
Instruction prévoyance
BP 10
33278 FLOIRAC CEDEX

Vos références : 05733409.67

CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS
(à faire compléter par le médecin ayant constaté le décès)

Informations concernant la personne décédée

NOM : _____ Prénom : _____
Numéro de Sécurité sociale _____ Age _____
ADRESSE : N° _____ Rue _____
Code Postal _____ Commune _____

Informations concernant le décès

Date du décès : ____ / ____ / ____
Lieu (le cas échéant, indiquer l'établissement hospitalier) _____

Causes (cocher ci-après les cases correspondantes) :

- Le décès est consécutif à une maladie :
 - s'agissait-il d'une maladie professionnelle ? oui non
 - date de début de la maladie : ____ / ____ / ____
- Le décès est consécutif à un accident :
 - lieu de l'accident : _____
 - date de l'accident : ____ / ____ / ____
 - circonstances (à préciser) : _____
- Le décès est consécutif à une autre cause
 - laquelle : _____
 - circonstances (à préciser) : _____

Le médecin

Nom et Prénom : _____
Fait à _____, le ____ / ____ / ____
Signature : _____ Adresse ou cachet : _____

1004379010-ECODCERC0093R12EAA

0000006





1004379010-EQDDCENQ0998FV2EAA

0000005



GED
DIA

Protection des données personnelles :

Vos données personnelles qui nous ont permis de vous identifier et de vous écrire nous ont été communiquées par l'adhérent du contrat de prévoyance ou, dans certains cas, par une personne physique ou morale tiers. Vous pouvez nous contacter pour avoir plus de détails sur la façon dont nous avons obtenu vos coordonnées. Ces données ainsi que celles qui sont collectées dans le cadre du présent courrier sont traitées par BTP-PREVOYANCE, responsable de traitement, à des fins de

(i) exécution du contrat de prévoyance,

(ii) réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, réalisation d'études statistiques et actuarielles, prospection commerciale par courrier postal ou par téléphone par les entités du Groupe PRO BTP sauf opposition de votre part que vous pouvez exercer à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-PREVOYANCE, et

(iii) avec votre accord, aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP.

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données personnelles, ainsi que d'un droit de limitation ou d'opposition à leur traitement. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès. Ces droits s'exercent en justifiant de votre identité par courrier postal auprès de votre Direction Régionale dont les coordonnées figurent sur le site www.probtp.com.

Les pièces justificatives collectées et les informations signalées par un astérisque sont obligatoires. A défaut, le contrat susvisé ne pourra être exécuté. Vos données personnelles sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de ce contrat, augmentée des délais de prescription légaux. Elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés du responsable de traitement, ainsi qu'à ses sous-traitants, notamment l'Association de moyens PRO BTP. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires. De plus, certaines de vos données peuvent être transférées à des prestataires situés en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement de vos données dans le respect de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

Vous pouvez à tout moment exercer votre droit de recours auprès de l'Autorité compétente en matière de protection des données personnelles (CNIL). Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris. Pour une information plus détaillée concernant le traitement de vos données personnelles, merci de vous reporter à la Politique générale de protection des données figurant sur notre site internet.

Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

1004379010-EQDDCER0098R1V2EAA

0000004





1004379010-EQDCERF0093RVZEA

0000003



GED
DIA