



Portabilité des droits santé

■ DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIES

→ **Entreprise**

Numéro d'adhérent (si déjà adhérent) : _____

Raison sociale : _____

Numéro SIRET : _____

Adresse (siège social) :

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville :

Téléphone : _____ Fax : _____ Portable : _____

Adresse courriel :@.....

→ **Salarié**

Numéro Sécurité sociale : _____

Date de naissance : ____/____/____ Homme Femme

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : Prénom :

Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville :

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Adresse courriel :@.....

Secteur d'activité : Paysage Autre :

→ **Contrat de travail**

Date d'embauche : ____/____/____ Date de rupture du contrat de travail : ____/____/____

Motif de la rupture : Démission pour motif légitime Rupture ou fin de CDD
 Rupture conventionnelle Licenciement (non concecutif à une faute lourde) Autre (à préciser) :

Durée prévue de portabilité : ____ mois
 (Durée égale au nombre de mois d'ancienneté dans l'entreprise et au maximum égale à 12 mois).

➔ **Demande de portabilité** (à remplir par le salarié)

Je soussigné(é) demande le maintien de mon affiliation et, le cas échéant, celle de mes ayants droit, au contrat frais de santé auquel j'étais affilié et ouvrais droit en tant qu'actif.

Je m'engage à transmettre les documents suivants :

- Copie du certificat de travail
- Attestation de prise en charge par l'assurance chômage (Pôle Emploi).

En l'absence de justificatifs, aucun droit santé ne pourra être mis en place.

Je m'engage, chaque mois, à adresser une copie de l'attestation de paiement Pôle Emploi.

Je m'engage à informer immédiatement AGRI PRÉVOYANCE de tout changement dans ma situation entraînant la cessation anticipée du dispositif portabilité :

- reprise d'une activité professionnelle ;
- cessation de mes droits au régime d'assurance chômage.

Fait à :

Le :

Signature de l'ancien salarié (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :

- avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagricra.com ;
- que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés ;
- que les données recueillies par l'Institution lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

À retourner complété par l'ancien salarié auprès de la Caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.