

## DEMANDE DE MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTE PORTABILITÉ FINANCEMENT PAR MUTUALISATION

### Régime Frais de santé

#### 1 IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise: .....

N° de contrat : .....

Adresse du siège social: .....

#### 2 COORDONNÉES PERSONNELLES DE L'ANCIEN SALARIÉ

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	N° Sécurité sociale	Date naissance	Connexion NOEMIE <sup>(3)</sup>
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Concubin(e)  Pacs

#### 3 LES AYANTS DROIT

Ne peuvent être pris en compte que les ayants droit déjà affiliés au régime hors naissance :

NOM	Prénom	Rang <sup>(1)</sup>	Lien <sup>(2)</sup>	N° Sécurité sociale	Date naissance	Connexion NOEMIE <sup>(3)</sup>
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur :  oui  non.  
**Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation.** Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires.

(1) Rang de naissance. Pour toute famille supérieure à quatre enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire.

(2) Lien de parenté.

(3) Précisez si vous autorisez l'échange d'informations par télétransmission entre votre caisse d'Assurance maladie et votre mutuelle (connexion NOEMIE).

## RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'entrée dans la société:

Date d'effet de la rupture du contrat:

Temps de travail :  Temps partiel  Temps plein

Motif de licenciement :  Licenciement hors faute lourde

Fin de CDD

Démission pour motif légitime

Rupture conventionnelle

Autres (préciser) \_\_\_\_\_

Durée de la portabilité (sous réserve de remplir les conditions pour en bénéficier) :  mois

Date de fin de droits :

### ● CONDITIONS DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès le lendemain de la rupture du contrat de travail, sous réserve de l'envoi aux Organismes Gestionnaires du présent document accompagné de la copie du certificat de travail justifiant la durée du contrat de travail, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et de la ou des carte(s) de tiers payant en cours de validité. La garantie ne peut excéder une durée de 12 mois, décomptée à partir de la date de cessation du contrat de travail.

### ● PORTABILITÉ DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demande à bénéficier des garanties Frais de santé.

Si en qualité de salarié vous avez bénéficié d'une dispense d'affiliation au régime Frais de Santé le maintien du régime ne peut vous être accordé.

Ce maintien s'effectuera sans contrepartie financière.

Je soussigné (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_,

reconnais avoir pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties, et celles de mes ayants droit le cas échéant, ainsi que des dispositions applicables ci-dessus. J'atteste par la présente l'exactitude des données personnelles fournies à l'appui de ma demande d'affiliation et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation de famille (mariage, divorce, naissance d'enfant...).

## 4 CADRE RÉSERVÉ À L'ANCIEN SALARIÉ

Fait à : \_\_\_\_\_

le:

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## 5 CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Fait à : \_\_\_\_\_

le:

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. Vous pouvez exercer ce droit d'accès et de rectification en vous adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli l'adhésion de votre entreprise.



Le contrat est coassuré par Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane.  
Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

### HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.  
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 538 518 473  
Siège Social : 143, rue Blomet 75015 PARIS