

# DECLARATION DE PORTABILITE DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

CCN BRANCHE DE L'AIDE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES  
SOINS ET DES SERVICES A DOMICILE (BAD)

FINANCEMENT PAR MUTUALISATION

ARTICLE L 911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE INTRODUIT PAR LA LOI DE SECURISATION DE L'EMPLOI N° 2013-504 DU 14 JUIN 2013

Fiche à transmettre à votre mutuelle gestionnaire par le service du personnel:



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité,  
Harmonie Mutuelle - Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

## A RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE :

Société : \_\_\_\_\_ Siret : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la société : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la cessation du contrat de travail (le dispositif de portabilité entre en application dès le lendemain de la cessation effective du contrat de travail) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motif de cessation du contrat de travail :  Licenciement (hors faute lourde)  Rupture conventionnelle  Fin de CDD

Démission pour motif légitime  Autre motif (à préciser) : \_\_\_\_\_

Durée maximale du maintien des garanties au titre de la portabilité (= durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers et le cas échéant arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois) : \_\_\_\_\_ mois

Date théorique de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## A RENSEIGNER PAR L'ANCIEN SALARIE :

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	N° Adhérent

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## NIVEAU DE GARANTIES : REGIME DE BASE

- J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties et je m'engage à :
- communiquer à ma mutuelle gestionnaire, lors de l'ouverture des droits à portabilité puis trimestriellement, mon attestation de paiement ou de prise en charge par Pôle Emploi.
  - informer immédiatement ma mutuelle gestionnaire de la cessation du versement de mes allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité, et plus généralement, de toute évolution de ma situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre adhésion. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité, auprès de votre mutuelle ou de Mutex.

- Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### CADRE RÉSERVÉ A L'ANCIEN SALARIÉ

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »  
*Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.*

### CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Cachet et signature du représentant de l'entreprise  
*Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.*

Assureur et gestionnaire des garanties :

**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



Coordinateur National : MUTEX

Entreprise régie par le Code des assurances inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040.  
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex