

Cadre à compléter par l'entreprise

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

N° de SIRET : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : __ / __ / ____

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 du départ : Licenciement hors faute lourde Rupture conventionnelle Fin de CDD Démission
 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur **dans la limite de 12 mois**) : _____ mois

Date théorique de fin de droits : __ / __ / ____

CADRE A COMPLETER PAR LE SALARIE

Nom (en lettres capitales) : _____ Prénom (en lettres capitales) : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ N° de Sécurité sociale : _ _ _ _ _

Adresse (en lettres capitales) : _____
Code Postal : _____ Ville : _____

Tel : _ _ _ _ _ Courriel : _____

NIVEAU DE GARANTIES

Le dispositif de portabilité prévoit le maintien des garanties collectives frais de santé appliquées dans l'entreprise, à la date de cessation du contrat de travail. Si vous avez souscrit à titre individuel au régime complémentaire optionnel avant la cessation de votre contrat de travail - pour vous-même et vos ayants droit affiliés au régime conventionnel obligatoire - le dispositif de portabilité s'applique également à ce niveau de garanties complémentaires.

J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties figurant dans le guide pratique portabilité remise par mon employeur, et celles de mes ayants droit le cas échéant. A ce titre, 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.

Fait à _____, le __ / __ / ____

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

Je certifie complets et exacts les renseignements portés
sur cette demande

Cachet, Date et signature de l'Entreprise
(précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Je certifie complets et exacts les renseignements portés
sur cette demande