Déclaration de portabilité des garanties Frais de Santé

Financement par mutualisation dans le cadre de l'accord de Branche Convention Collective Nationale de la Coiffure et des professions connexes Article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale introduit par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013



Cadre à compléter par l'entreprise
I NFORMATIONS 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.

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



MUTEX
Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le Code des

Assurances - RCS Nanterre 529 219 040.

Siège social: 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex.

Co-assureur du régime frais de santé avec les mutuelles désignées dans la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes.

Autorité de Contrôle: Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS