

## Déclaration de portabilité des garanties VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Financement par mutualisation

(Article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale introduit par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013).

### À renseigner par l'employeur

Raison sociale de l'entreprise .....

Adresse du siège social .....

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

N° de Siret |.....|.....|.....|.....|

Date d'entrée 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  Rupture conventionnelle  Fin de CDD

Démission  Autre motif (à préciser) .....

Durée maximale du maintien des garanties au titre de la portabilité : ..... mois

(= 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)

Date théorique de fin de droits : |.....|.....|.....|

### 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 à une amélioration de garanties avant la cessation de votre contrat de travail, le dispositif de portabilité s'applique également à ce niveau de garanties complémentaires, et ce pour l'ensemble des bénéficiaires de cette amélioration.

### À renseigner par l'ancien salarié

Nom (en majuscule) : .....

Nom de naissance (en majuscule) : .....

Prénom(s) (en majuscule) : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : |.....|.....|.....|.....| E-mail (en majuscule) .....

Date de naissance : |.....|.....|.....| Numéro de Sécurité sociale : |.....|.....|.....|.....|.....|.....|

## À renseigner par l'ancien salarié

**J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties figurant dans la notice d'information remise par mon employeur, et de celles de mes ayants droit le cas échéant.**

**À 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. À défaut de production dudit justificatif, le bénéfice de la portabilité serait suspendu.
- 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.

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de la Mutuelle par mail à l'adresse [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Je souhaite recevoir vos offres commerciales

Fait à .....

Le .....

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

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette demande.

### Cachet et signature du représentant de l'entreprise

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette demande.