



Portabilité des droits santé

☐ DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITÉ

AGRICAPRÉVOYANCE
Proches par nature, engagés à vos côtés

CPCEA



Identification de l'entreprise

Numéro d'adhérent (si déjà adhérent) : _____

Raison Sociale : _____

Numéro SIRET : _____

Adresse (siège social) : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse courriel : _____ @ _____



Identification du salarié

N° Sécurité sociale : _____

Date de naissance : ____/____/____ ☐ Homme ☐ Femme

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Adresse courriel : _____ @ _____



Déclaration de reprise d'activité

Je soussigné(e) déclare avoir repris une activité professionnelle depuis le : ____/____/____

La reprise d'activité met fin aux droits de portabilité.

- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans la Notice d'information qui m'a été remise préalablement à l'affiliation et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.

Fait à : _____

Date : ____/____/____

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

Document à retourner complété et signé à la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.