

### IDENTIFICATION

#### DE L'ALTERNANT

M.    Mme   Nom d'usage :

N° de sécurité sociale :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Date de naissance :    Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal :  Ville :  Pays : .....

Téléphone portable :  E-mail : ..... @ .....

\*Pour faciliter sa gestion, l'adresse mail de l'alternant nous est indispensable pour être utilisée dans ces échanges.

#### DE L'EMPLOYEUR

À noter : cette demande d'aide ne sera pas prise en compte si elle n'est pas signée conjointement par l'employeur et l'alternant au verso de ce document.

Numéro SIRET :  Code NAF :

Raison sociale :

Adresse : .....

Code postal :  Ville :  Pays : .....

Téléphone :  E-mail : ..... @ .....

Adhérent au contrat santé CERFRANCE assuré par CCPMA PRÉVOYANCE.

#### DU CENTRE DE FORMATION OU D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR IDENTIFICATION

Dénomination : .....

Adresse : .....

Code postal :  Ville :  Pays : .....

Téléphone :  E-mail : ..... @ .....

### DÉCLARATION DE DEMANDE D'AIDE SANTÉ

Année d'alternance	Demande de l'aide santé (1 seule case à cocher)	
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année de contrat	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> demande
<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année de contrat	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> demande
<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année de contrat	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> demande

À noter : la 1<sup>ère</sup> demande doit être envoyée avant le 31 octobre. La 2<sup>ème</sup> demande doit être envoyée avant le 31 août.

#### Les documents à transmettre pour :

- la 1<sup>ère</sup> demande : photocopie du contrat d'alternance signé mentionnant le diplôme préparé, l'adresse de l'employeur et celle du centre de formation, le RIB de l'alternant aux normes SEPA.
- la 2<sup>ème</sup> demande : la photocopie de la fiche de paie justifiant d'au moins 6 mois de présence.

Les alternants en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année ayant fait une demande l'année précédente : les photocopies de la fiche de paie justifiant d'au moins 6 mois de présence et le RIB. Les nouveaux contrats en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année d'alternance, les apprentis doivent fournir les mêmes documents que pour une 1<sup>ère</sup> demande, soit la photocopie du contrat et le RIB.

**VALIDATION DE LA DEMANDE****COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES STRICTEMENT NÉCESSAIRES À LA GESTION DU DISPOSITIF D'AIDE**

Dans le cadre du dispositif **CERFRANCE**, sera mis en oeuvre un traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que celles du centre de formation et de l'entreprise qui vous emploie. **AGRICA** est le responsable de ce traitement. Les données collectées sont indispensables à la mise en oeuvre du dispositif et leur traitement nous est nécessaire pour que vous puissiez, le cas échéant, bénéficier de l'aide du dispositif **CERFRANCE**.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification, (civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle, (ainsi que les coordonnées postales et e-mails de l'entreprise et du centre de formation concernés) ;
- les données bancaires.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion du dispositif **CERFRANCE**
- l'attribution et le paiement des aides du dispositif.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont les services concernés du Groupe AGRICA, ses partenaires, ses délégataires de gestion ou des intermédiaires en assurance.

Ces données ne font pas l'objet d'un transfert vers un pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un transfert transfrontalier, notamment, pour les besoins de la maintenance des outils informatiques utilisés pour la gestion du dispositif, le responsable du traitement s'engage à effectuer un tel transfert en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel. Ces données sont conservées pendant la durée du dispositif.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, de même aucun profilage, n'est mis en oeuvre. Vous disposez, ainsi que votre employeur et votre centre de formation, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, du droit de s'opposer au traitement ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données respectives.

**Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.**

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données :

- par courrier électronique à l'adresse suivante : **dpo.blf@groupagricom**
- ou par courrier postal à l'adresse suivante : **Groupe AGRICA, Direction Déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08**

**L'ALTERNANT**

Je déclare avoir pris connaissance de l'information concernant la collecte et le traitement de données strictement nécessaire à la gestion du dispositif CERFRANCE.

Je déclare les réponses consignées sur le présent document de demande d'aide, complètes et j'atteste de leur exactitude.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'alternant précédée de la mention "lu et approuvé"

**L'EMPLOYEUR**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée, certifie que l'alternant susnommé effectue son apprentissage ou contrat de professionnalisation ;

Déclare avoir pris connaissance de l'information concernant la collecte et le traitement de données strictement nécessaire à la gestion du dispositif CERFRANCE.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du représentant mandaté précédée de la mention "lu et approuvé"

**Document à retourner complété et signé accompagné des pièces justificatives (liste en recto) :**

**par courrier :** GROUPE AGRICA AIDE SANTÉ ALTERNANT CERFRANCE, PRÉVENTION LISA

21 rue de la bienfaisance, 75382 Paris cedex 08

**ou par mail :** prevention.blf@groupagricom