



Portabilité des droits santé

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIES



Identification de l'entreprise

Numéro SIRET :
 Numéro de client (si déjà adhérent) :
 Raison Sociale :
 Forme juridique :
 Date de création de l'entreprise : / /
 Code NAF :
 Adresse :
 Complément d'adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :
 Portable :
 Adresse Courriel : @
 Nom du correspondant :
 Régime de base : Régime agricole Régime général

Identification du salarié

N° Sécurité sociale :
 Numéro de client (si déjà adhérent) :
 Nom d'usage :
 Nom de naissance : Prénom :
 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Adresse :
 Complément d'adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone domicile :
 Portable :
 Adresse Courriel : @
 Statut : Cadre Non cadre Agent de maîtrise Taux d'activité (%) :

Contrat de travail

Date d'embauche : / /
 Date de rupture du contrat de travail : / /
 Motif de la rupture : Démission pour motif légitime Rupture ou fin de CDD
 Rupture conventionnelle Licenciement (non consécutif à une faute lourde) Autre (à préciser) :
 Durée prévue de portabilité : mois
 (Durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur sans pouvoir excéder 12 mois).

Demande de portabilité (à remplir par le salarié)

● Je soussigné(é) demande le maintien de mon affiliation au contrat santé auquel j'étais affilié(e) et ouvrais droit en tant qu'actif.

● Je m'engage à transmettre les documents suivants :

- copie du certificat de travail ;
- attestation de prise en charge par l'assurance chômage (Pôle emploi) ;
- copie de l'ensemble des attestations de paiement de Pôle emploi.

En l'absence de justificatifs, aucun droit ne pourra être mis en place.

● **Je m'engage à informer immédiatement CPCEA de tout changement** dans ma situation entraînant la cessation anticipée du dispositif de portabilité :

- reprise d'une activité professionnelle ;
- cessation de mes droits au régime d'assurance chômage.

● 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 :

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

Date : / /

**À nous retourner complété par l'ancien salarié :
par courrier à CPCEA
21 rue de la Bienfaisance
75382 Paris cedex 08**