



Portabilité des droits santé

DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITÉ



● 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.