



Portabilité des droits santé

■ DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIES

→ **Entreprise**

Numéro d'adhérent (si déjà adhérent) : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro SIRET : \_\_\_\_\_

Adresse (siège social) : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

→ **Salarié**

Numéro 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 : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Secteur d'activité :  Paysage  Autre : \_\_\_\_\_

→ **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 égale au nombre de mois d'ancienneté dans l'entreprise et au maximum égale à 12 mois).

→ **Demande de portabilité** (à remplir par le salarié)

● Je soussigné(é) ..... demande le maintien de mon affiliation et, le cas échéant, celle de mes ayants droit, au contrat frais de 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).

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

- Je m'engage, chaque mois, à adresser une copie de l'attestation de paiement Pôle emploi.
- Je m'engage à informer immédiatement AGRI PRÉVOYANCE de tout changement dans ma situation entraînant la cessation anticipée du dispositif portabilité :
  - reprise d'une activité professionnelle ;
  - cessation de mes droits au régime d'assurance chômage.

Fait à : .....

Le : .....

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

**Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :**

- avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : [cnil.blf@groupagricar.com](mailto:cnil.blf@groupagricar.com) ;
- que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés ;
- que les données recueillies par l'Institution lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

**À retourner complétée par l'ancien salarié auprès de la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.**