



Portabilité des droits santé

■ DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITÉ

→ **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 :@.....

→ **Déclaration de reprise d'activité**

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

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

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@groupagricom.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, uniquement si la durée de portabilité a été écourtée, à la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.