AGRI PRÉVOYANCE

Groupe AGRICA

Portabilité des droits prévoyance

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIES

Document à renvoyer à la MSA

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 : .....

Situation : ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e) ❑ Concubin(e) ❑ Célibataire ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf(ve)

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : ⌊_⌋ Ville : .....

Téléphone domicile : ⌊_⌋ Portable : ⌊_⌋

Adresse courriel : ..... @ .....

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 (nombre de 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 l'ancien salarié)*

Je soussigné(e)..... demande le maintien de mon affiliation au contrat prévoyance..... 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 prévoyance ne pourra être ouvert.

- **Je m'engage à informer immédiatement la MSA 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@groupagrica.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.

Réf. : 82329 – 05-2015 – Conception/Réalisation : UNIFORTE.