



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 concecutif 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 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@groupagric.com](mailto:cnil.blf@groupagric.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 complété par l'ancien salarié auprès de la Caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.**