

**MAINTIEN DE LA PORTABILITÉ DES DROITS RELATIFS AUX RÉGIMES DE PROTECTION
SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
(Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008)**

(Établi en deux exemplaires)

<p>DURÉE PRÉVUE Du/...../..... au/...../.....</p>
--

ADHÉRENT(E)

Nom	N° S.S / / / / / / /
Prénom	Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)
Adresse	Motif du départ
.....	Date début contrat de travail ... / ... / (JJ/MM/AAAA)
CP - Ville	Date fin de contrat de travail ... / ... / (JJ/MM/AAAA)*
.....	Date d'effet Maintien ANI ... / ... / (JJ/MM/AAAA)*
Téléphone	Durée de l'adhésion (en mois) :

**les dates de cessation du contrat de travail et d'effet de la portabilité doivent être identiques*

Acceptation

Demande le maintien de la garantie Frais de Santé qui m'était applicable au sein de la Société **à la date de cessation de mon contrat de travail, soit le** J'accepte que le montant de ma quote-part totale pendant la durée prévue du maintien définie ci-dessous soit prélevé sur mon solde de tout compte. Toutes les évolutions de garanties en termes de prestations ou de cotisations à compter de mon départ de l'entreprise me seront applicables.

Contrat Frais de santé :

Montant total de la cotisation pour la durée d'adhésion = €
dont Part employeur et/ou CE = € Part salarié = €
soit une quote-part mensuelle pour le salarié de : €

Renonciation

Renonce au maintien de la garantie Frais de Santé et Prévoyance

J'ai bien noté qu'en choisissant de ne pas bénéficier de ce droit, je renonce :

- A prétendre aux prestations de l'ensemble des contrats tant pour moi que pour mes ayants droits.
- A percevoir, de quelque façon que ce soit, la contribution patronale inhérente à ce maintien.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification. Pour bénéficier des dispositions relatives au maintien de mes garanties, je m'engage notamment à fournir régulièrement à mon ancien employeur, la Société les justificatifs relatifs à ma prise en charge au titre de l'assurance chômage. En cas de reprise d'une activité professionnelle au cours de la période de maintien des garanties ou en cas de cessation du paiement des prestations Chômage, je m'engage par ailleurs à en informer la Société dans les meilleurs délais (en cas de sinistre, la garantie ne serait plus acquise).

Je confirme avoir bien compris les conséquences du choix effectué (maintien ou renoncement au maintien).



Fait à Le/...../.....
Signature de l'adhérent(e) avec mention express ⁽¹⁾

(1) Indiquez selon votre décision : « J'accepte expressément le bénéfice de la portabilité qui m'est proposé dans les conditions fixées » ou « Je refuse expressément le bénéfice de la portabilité qui m'est proposé ».

En cas d'acceptation, vous disposez d'un délai de 10 jours pour renoncer au bénéfice du maintien. Cette renonciation doit être écrite et sera définitive pour l'ensemble des garanties souscrites. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978)