

DECLARATION DE PORTABILITE DES GARANTIES SANTÉ ET PREVOYANCE • RÉGIME CONVENTIONNEL

[article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008]



A remplir par l'entreprise et à retourner dans les 20 jours de la cessation du contrat de travail

> ENTREPRISE

N° ENTREPRISE/ADHÉRENT

Raison sociale
Adresse
Code postal Ville
Lieu de travail

> ANCIEN SALARIE

Nom
Nom de Naissance
Prénom
Né(e) le N° Sécurité sociale
Adresse
Code postal Ville
Statut cadre non cadre autre

> RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Nature de la rupture
Date d'effet de la rupture
Durée du dernier contrat de travail (appréciée en mois entiers¹) mois ou ans
Dernière rémunération annuelle précédant la rupture (à l'exclusion des sommes devenues exigibles de ce fait.)

> PORTABILITE DES GARANTIES

- Demande le maintien du régime conventionnel seul
 Demande le maintien du régime conventionnel et des garanties complémentaires à celui-ci.

CONDITIONS DE LA GARANTIE « PORTABILITE »

En cas de demande de portabilité des garanties, le maintien de couverture est accordé à l'ancien salarié pour la durée du dernier contrat de travail indiquée ci-dessus, limitée en tout état de cause à **9 mois**. Il cesse de manière anticipée dès lors que l'ancien salarié cesse de bénéficier des allocations chômage (reprise d'activité, retraite...) ou qu'il n'apporte plus la preuve de ce bénéfice.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la rupture du contrat de travail sous réserve de l'envoi du présent formulaire par l'entreprise à notre organisme **dans les 20 jours de ladite rupture**. A défaut, le maintien ne sera pas assuré par notre organisme.

En cas de co-financement : la cotisation est financée dans les mêmes proportions et dans les mêmes conditions que celles des actifs (cotisations identiques, même répartition patronale/salariale).



1- A titre d'exemple, pour un contrat de travail ayant eu une durée de 2 mois et 21 jours, il convient de mentionner une durée de 2 mois. Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travail successifs exécutés de façon continue chez le dernier employeur.

A défaut de paiement de sa quote-part de cotisation par l'ancien salarié, la couverture complémentaire cesse pour la période restant à courir.

Montant mensuel de la cotisation Prévoyance régime obligatoire € % Part Patronale ; % Part Salariale*

Montant mensuel de la cotisation Prévoyance régime facultatif € (100 % Part Salariale)

Montant mensuel de la cotisation Frais de soins de santé régime obligatoire € % Part Patronale ; % Part Salariale*

Montant mensuel de la cotisation Frais de soins de santé régime facultatif € (100 % Part Salariale)

A ces cotisations s'ajoutent les CSG et CRDS dont l'ancien salarié est redevable sur la part patronale.

Modalité de règlement de la part ex-salariale .

* en vigueur à la date de signature du présent document.

A le

Nom, fonction, signature et cachet de l'employeur

A le

Signature de l'ancien salarié

Déclaration à retourner à :