

# DECLARATION DE PORTABILITE DES GARANTIES PREVOYANCE



**CCN des entreprises du négoce et de l'industrie des produits du sol, engrais et produits connexes**

**A remplir par l'entreprise et à retourner dans les 20 jours de la cessation du contrat de travail à l'adresse ci-dessous**

## > ENTREPRISE

N° ENTREPRISE/ADHÉRENT

Raison sociale   
Adresse   
Code postal  Ville   
Lieu de travail

## > ANCIEN SALARIE

Nom  Prénom   
Nom de Naissance   
Identifiant/N° matricule/Code AL   
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 entiers<sup>(1)</sup>)  mois ou  ans  
Moyenne mensuelle des salaires bruts des 12 derniers mois précédant la rupture }   
(à l'exclusion des sommes devenues exigibles de ce fait.)

<sup>(1)</sup> 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.

## > PORTABILITE DES GARANTIES

Demande le maintien de l'intégralité de la couverture prévoyance dont bénéficiait l'ancien salarié désigné ci-dessus, au titre du régime conventionnel et le cas échéant des garanties complémentaires à celui-ci à l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail dite "Maintien de salaire".

### 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 **12 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.

A  le

Nom, fonction, signature et cachet de l'employeur

A  le

Signature de l'ancien salarié