Demande de portabilité au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale

*❑ frais de santé

FINANCEMENT MUTUALISÉ

(Tous les champs marqués par un astérisque sont obligatoires et à compléter par vos soins de façon manuscrite, lisible et sans rature)

À compléter par l'entreprise

*RAISON SOCIALE..... *N° SIREN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*REPRÉSENTÉE PAR.....*EN QUALITÉ DE.....

- Demande, au titre de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale, pour l'ancien salarié désigné ci-après, le maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective, selon les mêmes conditions de garanties et de révision que celles applicables aux salariés actifs, sous réserve de la réception du présent document dans les 30 jours qui suivent la cessation du contrat de travail.
- *DATE D'EFFET DU CONTRAT DE TRAVAIL |__|__|__|__|__|__|__|__|.
- *DATE DE LA CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL [1] |__|__|__|__|__|__|__|__|.
- *MOTIF DE LA RADIATION (vous devez impérativement effectuer un choix) :
  - ❑ LICENCIEMENT INDIVIDUEL OU POUR MOTIF ÉCONOMIQUE
  - ❑ RUPTURE CONVENTIONNELLE
  - ❑ RUPTURE DE PÉRIODE D'ESSAI (par l'employeur)
  - ❑ DÉMISSION POUR MOTIF LÉGITIME
  - ❑ FIN DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE OU DE PROFESSIONNALISATION
  - ❑ FIN DE CDD
- *CATÉGORIE PROFESSIONNELLE : .....

[1] la portabilité prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

À compléter par l'ancien salarié

Je soussigné(e)

*NOM DE FAMILLE (de naissance).....*PRÉNOM .....

*NOM D'USAGE (d'époux).....

*N° DE SÉCURITÉ SOCIALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| *DATE DE NAISSANCE |__|__|__|__|__|__|__|__|

*ADRESSE.....

*CODE POSTAL |__|__|__|__|__| *VILLE.....

COURRIEL.....@

- demande le maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective, souscrite(s) par mon ancien employeur, au titre de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale, du fait de la cessation de mon contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.
  En tout état de cause, la cessation de l'allocation d'assurance chômage notamment en cas d'une reprise d'activité ou la résiliation du contrat d'assurance met fin aux garanties.
- m'engage à communiquer, à l'assureur, dans les meilleurs délais, la date de cessation du versement de l'allocation du régime d'assurance chômage, mettant ainsi fin à la période de maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective au titre du dispositif de portabilité.
- m'engage à adresser à l'assureur l'avis d'admission au régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais.
- ai noté que mes ayants droit couverts par la garantie complémentaire frais de santé en vigueur dans l'entreprise, au moment de la cessation du contrat de travail sont automatiquement affiliés au titre du présent maintien de garantie.
  J'informerai l'assureur de toute modification de ma situation familiale.
- Reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du présent document, établi en accord avec mon ancien employeur et particulièrement du point suivant :
  - à l'expiration de la période de maintien de droits au titre de la portabilité, si je bénéficie toujours des indemnités du régime d'assurance chômage pour la garantie complémentaire frais de santé, l'assureur m'adressera une proposition de maintien au titre des dispositions de l'article 4 de la loi Evin.

Cadre réservé à l'ancien employeur	Cadre réservé à l'ancien salarié
*Fait à ....., *le |__|__|__|__|__|__|__|__|	*Fait à.....,*le |__|__|__|__|__|__|__|__|
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Document à retourner à GEREP : 4 rue de Vienne - CS 40001 - 75378 Paris cedex 08
Pour toute question, vous pouvez contacter votre conseiller. *Retrouvez ses coordonnées sur votre Espace Clients Entreprises*

Contrat assuré par LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10; Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance, 4 rue de Vienne 75008 Paris
SAS au capital de 101 120 €. RCS Paris B 351 299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 64 rue de Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client : GEREP - Service réclamation - 4 rue de Vienne CS 40001, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délai de 10 jours.