

FICHE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR ET LE SALARIÉ ET À TRANSMETTRE À MUTUALIA

MOTIF

Fin d'affiliation au contrat collectif
(pour le salarié et ses ayants-droit)

Date d'effet de la résiliation : | | | | | | | | |

ENTREPRISE

Raison sociale : N° Siret : | | | | | | | | | | | | | |

Code Postal : | | | | | | Ville :

Date d'embauche du salarié : | | | | | | | | | Date de la rupture du contrat : | | | | | | | | |

Soit une durée potentielle maximum des droits de : mois

Date de début de droits à la portabilité : | | | | | | | | | Date de fin de droits à la portabilité : | | | | | | | | |

Motif de la rupture :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licenciement hors faute lourde | <input type="checkbox"/> Démission légitimée |
| <input type="checkbox"/> Terme de CDD | <input type="checkbox"/> Rupture conventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | |

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à

Le | | | | | | | | |

BÉNÉFICIAIRE(S) DE LA PORTABILITÉ - SALARIÉ

Nom : Prénom :

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Code Postal : | | | | | | Ville:

N° de téléphone : | | | | | | | | | | | | | |

Adresse e-mail :

Je certifie répondre aux conditions cumulatives prévues par le dispositif «Portabilité» et souhaite bénéficier du maintien des garanties santé MUTUALIA conformément à la notice d'information.

- pour moi-même
- pour mes ayants droits garantis au moment de la rupture et/ou à naître pendant la période de maintien des droits

PIÈCES À JOINDRE

Joindre obligatoirement une attestation de droit à prise en charge par l'assurance chômage.
Par ailleurs, il est rappelé que conformément à la notice d'information qui vous a été délivrée par votre employeur, il est nécessaire, pour nous permettre le versement des prestations, d'envoyer avant le 22 de chaque mois une attestation d'ouverture de droit à l'assurance chômage.

SIGNATURE DU SALARIÉ

Fait à

Le | | | | | | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, j'accepte les échanges d'informations par télétransmission et je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et des statuts de la mutuelle.

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Territoires Solidaires - Siège social : 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Hères. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offres de notre part ou de nos partenaires, merci de cocher la case ci-contre :

Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 449 571 256. BA Portabilité V022016