

## Entête de l'entreprise

# BULLETIN D'ACCEPTATION OU DE RENONCIATION DU BENEFICE DU DROIT A PORTABILITE DES GARANTIES DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

## INFORMATIONS ADHERENT

M  Mme  Mlle  Nom / \_\_\_\_\_ / Prénom / \_\_\_\_\_ /

Date de naissance / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ / N° de Sécurité sociale / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Raison sociale de votre ancien employeur / \_\_\_\_\_ /

Catégorie socioprofessionnelle / \_\_\_\_\_ /

N° d'adhérent au contrat souscrit par votre ancien employeur / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ /

Adresse / \_\_\_\_\_ /

Code postal / \_\_\_\_\_ / Ville / \_\_\_\_\_ /

Téléphone / \_\_\_\_\_ / Mobile / \_\_\_\_\_ / Email / \_\_\_\_\_ /

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, reconnais avoir reçu de mon ancien employeur, \_\_\_\_\_, les informations relatives à l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 relatif à l'accès à la portabilité de mes droits concernant le bénéfice des régimes Frais de Santé et/ou Prévoyance dont je bénéficiais en tant que salarié et ce, dans les mêmes proportions et conditions que celles applicables aux salariés actif et déclare :

**/\_\_/ Renoncer au maintien des régimes de Frais de Santé et/ou de Prévoyance.** Je prends bonne note que cette renonciation est ferme et définitive et concerne toutes les garanties dont je bénéficiais en tant que salarié. Je dois faire part de mon refus de bénéficier du droit à portabilité à mon ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de rupture de mon contrat de travail.

**/\_\_/ Demander le bénéfice** de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 à compter du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_, soit dès le lendemain de la rupture de mon contrat de travail et ce jusqu'au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_, durée exprimée en mois entier et pour une durée maximale de 9 mois conformément à l'article sus mentionné.

Je déclare avoir pris connaissance de mes obligations relatives au maintien des régimes Frais de Santé et/ou Prévoyance dont je bénéficiais en tant que salarié à savoir :

- Fournir le justificatif à mon ancien employeur de ma prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- Payer ma quote part de la cotisation ;
- En cas d'augmentation de cotisation pendant ma période de portabilité, verser le complément de cotisation dû ;
- Informer mon ancien employeur de la cessation du versement des allocations chômage si elle intervient au cours de la période de portabilité de mes droits.

En tout état de cause, je déclare avoir pris connaissance du fait que mon droit à portabilité cesse en cas de :

- Reprise d'une activité professionnelle ;
- Impossibilité à justifier de mon statut de demandeur d'emploi indemnisé par l'assurance chômage ;
- Non paiement de ma quote part des cotisations ;
- Liquidation de ma pension vieillesse du régime général de la Sécurité sociale ;
- Décès;
- Non renouvellement ou de résiliation du contrat d'assurance

Fait en triple exemplaire à \_\_\_\_\_, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /

Signature