

Fiche à transmettre à la mutuelle gestionnaire par le service du personnel

A RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE

Société : **Siret :**

Etablissement :

Date d'entrée dans la société : / /

Date de la cessation du contrat de travail* : / /

* Le dispositif de portabilité entre en application dès le lendemain de la cessation effective du contrat de travail

Durée maximale du maintien des garanties au titre de la portabilité (= durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers et le cas échéant arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois) : **mois**

Date théorique de fin de droits : / /

A RENSEIGNER PAR L'ANCIEN SALARIE

NOM	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	N° Adhérent

Adresse :

Code Postal : **VILLE :**

E-mail : @ **Téléphone :**

NIVEAU DE GARANTIES

Le dispositif de portabilité prévoit le maintien des garanties collectives frais de santé appliquées dans l'entreprise, à la date de cessation du contrat de travail. Si vous avez souscrit, avant la cessation de votre contrat de travail, au régime optionnel - pour vous-même et vos ayants droit affiliés au régime obligatoire - le dispositif de portabilité s'applique également à ce niveau de garanties complémentaires mis en place dans les conditions de l'article L.911 du code de la Sécurité sociale.

- **J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties figurant dans le guide pratique portabilité remis par mon employeur, et celles de mes ayants droit le cas échéant.**
A ce titre, je m'engage à :
 - **communiquer à ma mutuelle gestionnaire, lors de l'ouverture des droits à portabilité puis trimestriellement, mon attestation de paiement ou de prise en charge par Pôle Emploi. Faute de réception dudit justificatif, le bénéfice de la portabilité cesse immédiatement.**
 - **informer immédiatement ma mutuelle gestionnaire de la cessation du versement de mes allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité, et plus généralement, de toute évolution de ma situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.**

Eovi-Mcd mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre adhésion. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité, auprès d'Eovi-Mcd mutuelle.

Fait à, le

CADRE RÉSERVÉ A L'ANCIEN SALARIÉ

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »
Je certifie complets exacts les renseignements portés sur cette demande.

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Cachet et signature du représentant de l'entreprise
Je certifie complets exacts les renseignements portés sur cette demande.