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

❑ Prévoyance

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 DE PÉRIODE D'ESSAI (par l'employeur)
  - ❑ FIN DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE OU DE PROFESSIONNALISATION
  - ❑ RUPTURE CONVENTIONNELLE
  - ❑ DÉMISSION POUR MOTIF LÉGITIME
  - ❑ 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 au GAN 4-8 cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.
Pour toute question, vous pouvez contacter votre conseiller. ***Retrouvez ses coordonnées sur votre Espace Clients Entreprises***

GEOZ (Nom commercial : AGEO PREVOYANCE – SGSanté), SNC enregistrée sous le R.C.S. 500 171939
à CHALONS-EN-CHAMPAGNE, dont le siège social est sis à l'adresse suivante :
Siège social : 14 RUE JOLIOT CURIE CS 30248 51010 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX
AGEO - Siège social : 7, rue de Turbigo 75001 PARIS | SAS au Capital de 457 340 € - RCS 493 349 682 PARIS - Numéro ORIAS 150 013 50 - www.orias.fr - AGEO exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L520-1-2 b sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) -
https://acpr.banque-france.fr. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.
AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@ageo.fr