



malakoff médéric

***☒ Frais de santé et/ou *☐ Prévoyance**

FINANCEMENT MUTUALISÉ

Ne rien inscrire dans ces cadres

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

(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 Acensi SAS *N° SIREN 4 4 8 8 9 2 7 3 7

*REPRÉSENTÉE PAR David COMBLE *EN QUALITÉ DE PRESIDENT

■ Demande, au titre de l'article L. 911-8 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 0 6 0 9 2 0 1 6

■ *DATE DE LA CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (1) 2 3 0 8 2 0 2 2

■ *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 CADRE

(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) BUREL *PRÉNOM Vincent

*NOM D'USAGE (d'époux)

*N° DE SÉCURITÉ SOCIALE 1 9 1 0 6 9 2 0 2 5 2 6 9 1 3 8 *DATE DE NAISSANCE 1 3 0 6 1 9 9 1

*ADRESSE 13 RUE DES GIRONDINS

*CODE POSTAL 9 5 2 4 0 *VILLE CORMEILLES EN PARISIS

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 L. 911-8 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 Évin.

***Cadre réservé à l'ancien employeur**

*Fait à Courbevoie, *le 2 3 0 8 2 0 2 2

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

LU ET APPROUVE

ACENSI

SAS au capital de 1 000 000 €

TOUR BLACKPEARL

14, Rue du Général Audran

92400 Courbevoie

Tel. 01 75 61 12 61 - Fax 01 41 43 25 79

SIREN 448 892 737 APE 6202A

***Cadre réservé à l'ancien salarié**

*Fait à, *le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Document à retourner à Malakoff Médéric, Pôle Médiation 75009 Paris cedex 09
Pour toute question, vous pouvez contacter votre conseiller. Retrouvez ses coordonnées sur
votre Espace Clients Entreprises.

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

Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information vous concernant figurant dans nos fichiers, en vous adressant à : sgil@malakoffmederic.com ou à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE / CAPREVAL / INPR
Institutions de prévoyance
Régies par le Code de la sécurité sociale
21 rue Laffitte 75009 Paris

MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE
N° SIREN 784 718 256
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la mutualité 21 rue Laffitte 75009 Paris