

ENTREPRISE

Raison sociale			N° entreprise MCA	
Adresse				
Code postal		Ville		
Lieu de travail ou établissement de rattachement				

ADHÉRENT PRINCIPAL

Nom			Prénom	
Né(e) le			N° Sécurité Sociale	

RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'effet de la rupture du contrat			
Motif	<input type="checkbox"/> Licenciement hors faute lourde <input type="checkbox"/> Fin de CDD <input type="checkbox"/> Démission pour motif légitime <input type="checkbox"/> Rupture conventionnelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser)		

PORTABILITÉ DE LA GARANTIE SANTÉ

<input type="checkbox"/> Demande à ne pas faire bénéficier l'adhérent ci-dessus de cette garantie suite à sa renonciation <input type="checkbox"/> Demande à faire bénéficier de la portabilité de la garantie santé l'adhérent ci-dessus <input type="checkbox"/> Durée de portabilité des garanties <input type="text"/> soit du <input type="text"/> au <input type="text"/> (durée égale aux derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise, dans la limite de 12 mois de couverture) <input type="checkbox"/> Demande à arrêter la portabilité à compter du <input type="text"/>

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande. Fait à <input type="text"/> Le <input type="text"/> Cachet et signature de l'employeur <input type="text"/> Personne à contacter pour tout renseignement sur ce bulletin <input type="text"/> N° de téléphone <input type="text"/>
--

SIGNATURE DU SALARIÉ

Je soussigné (e) <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom		Prénom	
Ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ci-dessus mentionnée, demande à bénéficier du maintien des garanties santé du contrat collectif dans le cadre d'une rupture du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale pendant une durée égale à la durée de mes derniers contrats de travail consécutifs dans cette même entreprise et ce pour un maximum de 12 mois. Je m'engage à informer la MCA de toute modification de situation personnelle qui interviendrait durant la période totale de portabilité de mes garanties santé. De plus, je m'engage expressément à informer la MCA de mon éventuelle reprise d'activité professionnelle ou de la cessation de mes droits aux allocations chômage durant cette période, ce qui, dans l'affirmative, mettrait fin au bénéfice de l'ensemble de mes garanties santé. Pour ouvrir droit au paiement des prestations, je m'engage expressément à transmettre à la MCA le justificatif d'inscription, l'attestation de mes droits aux allocations chômage et les justificatifs mensuels d'indemnisation par Pôle Emploi.				
Fait à			Signature	
Le				

EXEMPLAIRE À RETOURNER À : MCA – SERVICE GESTION – 6 ROUTE DE ROUFFACH – CS 40062 – 68027 COLMAR CEDEX

Pour ouvrir droit à la portabilité des garanties, le présent formulaire doit être complété, signé et transmis à la MCA dans un délai de 20 jours à compter de la rupture du contrat de travail.