

L'ENTREPRISE

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Code Postal : [] Ville :

Rupture du contrat de travail intervenant dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi : OUI NON

Date d'effet : []

LE SALARIÉ EN FIN DE CONTRAT

Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille : Date de naissance : []

Adresse :

Code Postal : [] Ville :

Nombre d'enfant(s) à charge : []

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale

Salaire de base : Catégorie de personnel :

Régime de Sécurité Sociale : N° de Sécurité Sociale : []

Téléphone : [] Email :

Date d'entrée dans l'entreprise : [] Date de rupture du contrat de travail : []

Motif de la suppression du contrat :

Date de fin de congé : [] Traitement annuel brut au moment du départ :

Le salarié était-il en arrêt de travail à son départ : OUI NON Date début de l'arrêt de travail : []

Bulletin d'adhésion Demande de maintien des garanties Santé - LPA - MMA - 01/2019

PORTABILITÉ DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Numéro du contrat : [] Compagnie :

Date de début de portabilité : [] Date de fin de portabilité : []

Motif de la fin de la portabilité :

Durée maximale du maintien des garanties égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et ce dans la limite de 12 mois
(veuillez cocher une seule case).

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Règles de la portabilité issues de l'ANI du 11 Janvier 2013 repris dans la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

CNIL

Les informations à caractère personnel recueillies par SG Santé sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par SG Santé pour des besoins de connaissance du client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion de risque, de prévention des impayés et de la fraude et de respect des obligations légales et réglementaires.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de SG Santé par voie postale à l'adresse suivante : SG Santé Service Réclamation - 14, rue Joliot Curie - CS 30248 - 51010 Châlons en Champagne Cedex.

SIGNATURE DE L'ENTREPRISE

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature

SIGNATURE DE L'ANCIEN SALARIÉ

Je soussigné(e) : M. Mme Nom : Prénom :

Ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ci-dessus mentionnée, demande à bénéficier du maintien des garanties santé du contrat collectif dont le numéro est indiqué ci-dessus, 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 transmettre à SG Santé ma carte de tiers payant en vigueur au moment de la rupture de mon contrat de travail ainsi qu'une attestation confirmant l'ouverture de mes droits aux allocations chômage. Je m'engage également à informer SG Santé 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 SG Santé 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. À tout moment, SG Santé pourra demander une attestation de mes droits aux allocations chômage de Pôle Emploi.

Pour toute demande de remboursement, les documents continueront à être transmis à mon gestionnaire habituel.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature

Je reconnais être informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des articles L113-8 et L113-9 du code des Assurances. Je reconnais être informé(e) que SG Santé, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Document à retourner à :

SG SANTÉ – SERVICE GESTION SANTÉ – TSA 40012 – 51049 CHALONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX