

Bulletin de déclaration de portabilité des droits

ENTREPRISE ADHERENTE

Raison sociale :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

ANCIEN SALARIE

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
 Date entrée dans l'entreprise :/..../..... N° Sécurité Sociale :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'effet de la rupture du contrat :/..../.....
 Motif : licenciement hors faute lourde rupture conventionnelle
 fin de CDD démission Autres (à préciser) :

PORTABILITE DES GARANTIES

- demande le maintien** de l'intégralité des couvertures dont bénéficiait l'ancien salarié désigné ci-dessus, au titre des contrats collectifs :
 SANTE N° PREVOYANCE N°
 A compter du/..../..... et jusqu'au/..../..... (soit pour mois)
- et règle par chèque à l'ordre de l'Entreprise ma cotisation unique et totale** comme calculée ci-dessous :
- Cotisation unique SANTE (part salariale) :**
 Assiette Mensuelle X taux cotisation X nombre mois =€
- Cotisation unique PREVOYANCE (part salariale) :**
 Assiette Mensuelle Tranche A X taux cotisation X nombre mois =€
 Assiette Mensuelle Tranche B X taux cotisation X nombre mois =€
 Assiette Mensuelle Tranche C X taux cotisation X nombre mois =€
- Cotisation unique TOTALE (part salariale) :**€

ENTREPRISE

Nous certifions exacte les indications portées sur cette demande.

Fait àle/..../.....
 Cachet et signature employeur

ANCIEN SALARIE

Je soussigné (e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Fait àle/..../.....
 Signature :