

Déclaration de portabilité des droits Santé des salariés agricoles non cadres des exploitations et CUMA viticoles de la Champagne délimitée)



Participant (e) (ancien salarié de l'entreprise)

Nom : _____
Prénom(s) : _____
N° Sécurité Sociale _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Situation de famille* : Célibataire Marié(e) Veuf(ve)
Divorcé(e) Pacsé(e) Vivant en concubinage
Séparé(e) de corps judiciairement
Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Identification de l'Entreprise

N° SIRET : _____

N° ANIPS : _____

Raison sociale (ou cachet)

Correspondant : _____

Téléphone : _____

Numéro d'affiliation du participant : _____

*Le maintien des garanties s'étend aux ayants droit inscrits au régime Frais de santé à la date de cessation du contrat de travail du participant.

Cessation du contrat de travail

Date de cessation du contrat de travail : _____

- Motif : Licenciement, **sauf en cas de faute lourde** Arrivée à terme du CDD
 Rupture conventionnelle du contrat de travail Rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini
 Démission légitime Rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance
 Rupture du contrat de travail durant la période d'essai

Prise d'effet de la garantie

La garantie est accordée dès la cessation du contrat de travail, sous réserve de l'envoi à l'organisme assureur du présent document dans le délai de 10 jours suivant la date de cette cessation. **À défaut, la garantie ne sera pas acquise.**

Portabilité de la garantie Santé

L'entreprise demande à faire bénéficier de la portabilité de la garantie Santé, le participant désigné ci-dessus dans les conditions contractuellement définies à compter de la date de cessation de son contrat de travail indiquée ci-dessus et jusqu'au _____ maximum.

Informatique et libertés

Les données personnelles concernant les participants sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de l'affiliation et des garanties. Les informations concernant les participants sont destinées aux services de l'Institution, au(x) mandataire(s), assureur(s), réassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent régime par courrier au siège de l'Institution – ANIPS Immeuble West Park 2 – 2 boulevard Pesaro – 92024 NANTERRE.

Signature

L'entreprise contractante :

- certifie relever du champ d'application de l'Accord Régional du 22 septembre 2009 concernant les exploitations agricoles Cantal
- certifie l'exactitude des mentions portées à cette demande,
- reconnaît avoir reçu la documentation contractuelle et la notice d'information précisant les conditions de maintien des droits au titre de la portabilité

Fait à _____, le

Cachet de l'entreprise et signature de la personne qualifiée dans l'entreprise pour certifier l'exactitude des déclarations

Cette déclaration est à retourner à : Groupama Nord Est-Pôle Prévoyance Collectives - 12 boulevard Roederer CS20049 - 51721 REIMS CEDEX

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés

Siège social : Immeuble West Park 2 – 2 boulevard Pesaro – 92024 NANTERRE - Tél. : 01 70 94 03 16

Institution de Prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979 - régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

www.anips.fr