

Fiche à transmettre à la mutuelle gestionnaire par le service du personnel

A RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE

Société : **Siret :**

Etablissement :

Date d'entrée dans la société : / /

Date de la cessation du contrat de travail* : / /

* Le dispositif de portabilité entre en application dès le lendemain de la cessation effective du contrat de travail

Durée maximale du maintien des garanties au titre de la portabilité (= durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers et le cas échéant arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois) : **mois**

Date théorique de fin de droits : / /

A RENSEIGNER PAR L'ANCIEN SALARIE

NOM	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	N° Adhérent

Adresse :

Code Postal : **VILLE :**

E-mail : @..... **Téléphone :**

NIVEAU DE GARANTIES

Le dispositif de portabilité prévoit le maintien des garanties collectives frais de santé appliquées dans l'entreprise, à la date de cessation du contrat de travail. Si vous avez souscrit, avant la cessation de votre contrat de travail, au régime optionnel - pour vous-même et vos ayants droit affiliés au régime obligatoire - le dispositif de portabilité s'applique également à ce niveau de garanties complémentaires mis en place dans les conditions de l'article L.911 du code de la Sécurité sociale.

- **J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties figurant dans le guide pratique portabilité remis par mon employeur, et celles de mes ayants droit le cas échéant.**
A ce titre, je m'engage à :
 - **communiquer à ma mutuelle gestionnaire, lors de l'ouverture des droits à portabilité puis trimestriellement, mon attestation de paiement ou de prise en charge par Pôle Emploi. Faute de réception dudit justificatif, le bénéfice de la portabilité cesse immédiatement.**
 - **informer immédiatement ma mutuelle gestionnaire de la cessation du versement de mes allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité, et plus généralement, de toute évolution de ma situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.**

Eovi-Mcd mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre adhésion. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité, auprès d'Eovi-Mcd mutuelle.

Fait à, le

CADRE RÉSERVÉ A L'ANCIEN SALARIÉ

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Je certifie complets exacts les renseignements portés sur cette demande.

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Cachet et signature du représentant de l'entreprise

Je certifie complets exacts les renseignements portés sur cette demande.

Conditions d'application du maintien gratuit du Régime Frais de Santé

Des salariés agricoles non cadres du Gard

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Vous devez justifier auprès de votre organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage et fournir chaque mois le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues.

- ⇒ Merci de retourner le présent document ainsi que votre justificatif mensuel de versement des allocations chômage :

Par courrier :

EOVI MCD mutuelle

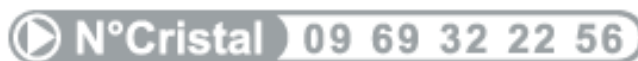
Service Gestion des contrats collectifs

5 rue Belle Image - BP 1026
26028 VALENCE Cedex

Par mail : contact@eovi-mcd.fr

A l'issue des 12 mois de maintien gratuit :

Après la période maximale de 12 mois de couverture gratuite, les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité de travail ou de pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi et s'ils sont titulaires d'un revenu de remplacement, peuvent demander un maintien de la couverture santé complémentaire à titre individuel. Les salariés concernés doivent remplir un nouveau bulletin d'adhésion pour être couverts aux tarifs précisés sur celui-ci. Ce document peut être téléchargé sur le site eovi-mcd.fr ou adressé par la mutuelle sur simple demande téléphonique du lundi au vendredi, de 8h à 18h :



APPEL NON SURTAXE