

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE - Affiliations santé - TSA 10032 - 59711 LILLE CEDEX 9

Pour tout renseignement : 0 970 80 97 00

ENTREPRISE

Raison sociale: _____
Adresse du siège social: _____
Code postal: _____ Ville: _____
Adresse de correspondance (si différente): _____
Code postal: _____ Ville: _____
N° contrat: _____ N° Catégorie portabilité: _____

IMPORTANT : Pour bénéficier des garanties dans le cadre de la portabilité, le présent bulletin individuel d'affiliation doit être complété en intégralité.

PORTABILITÉ

Durée de la portabilité en fonction de la durée du dernier contrat de travail ou des contrats de travail consécutifs chez le dernier employeur

Moins d'1 mois = 1 mois

Entre:

1 mois et 2 mois = 2 mois

2 mois et 3 mois = 3 mois

3 mois et 4 mois = 4 mois

4 mois à 5 mois = 5 mois

5 mois et 6 mois = 6 mois

6 mois et 7 mois = 7 mois

7 mois et 8 mois = 8 mois

8 mois et 9 mois = 9 mois

9 mois et 10 mois = 10 mois

10 mois et 11 mois = 11 mois

11 mois et plus = 12 mois

PARTICIPANT BÉNÉFICIAIRE DE LA PORTABILITÉ

NOM: _____
Prénom(s): _____
N° de Sécurité sociale: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____
Code postal: _____ Ville: _____
Téléphone: _____ E-mail: _____
Catégorie professionnelle: _____
Date d'embauche dans l'entreprise: _____
Date de cessation du contrat de travail: _____
Motif de cessation du contrat de travail ⁽¹⁾: _____
Date début période de portabilité ⁽²⁾: _____
Date fin période de portabilité ⁽³⁾: _____

(1) Motif: lic (licenciement hors faute lourde), CDD (fin de cdd), pse (plan de sauvegarde de l'emploi), aut (autres).

(2) Lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

(3) la date de fin de la période de portabilité est déterminée en fonction de la durée de portabilité.

ATTENTION

À défaut de réponse (case non cochée) il sera retenu la réponse NON

Les cotisations relatives aux garanties visées ci-contre seront prélevées sur votre compte selon les modalités actuelles.

MAINTIEN DES GARANTIES INDIVIDUELLES

Avez-vous souscrit à titre personnel à une option facultative liée à votre contrat de base ?
 Oui Non

Désirez-vous les maintenir ?
 Oui Non

Avez-vous souscrit les garanties pour vos ayants-droit (conjoint/concubin, enfants) ?
 Oui Non

Désirez-vous les maintenir ?
 Oui Non

