

## BULLETIN DE DEMANDE DE PORTABILITE DE LA COUVERTURE PREVOYANCE

### 1. PARTIE A COMPLETER PAR L'ANCIEN SALARIE

N° S.S. : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CE DOCUMENT, DUMENT COMPLETE ET SIGNE, DOIT IMPERATIVEMENT ETRE RETOURNE A LA CAPSSA DANS LES 30 JOURS DE LA DATE DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL, ACCOMPAGNE DE LA NOTIFICATION DE DROITS A L'INDEMNISATION CHOMAGE DELIVREE PAR LE PÔLE EMPLOI ET DE LA COPIE D'UNE PIECE D'IDENTITE AVEC PHOTOGRAPHIE EN COURS DE VALIDITE.**

**Je certifie disposer de six mois d'affiliation consécutifs ou non ayant donné lieu au versement des cotisations.**

**J'ai pris note que la couverture prévoyance est maintenue sans contrepartie de cotisation.**

**Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information relative à la portabilité de la couverture prévoyance en cas de cessation du contrat de travail, et en accepter les dispositions énoncées dans celle-ci.**

**Je m'engage à signaler dans les meilleurs délais à la CAPSSA toute reprise d'activité ou de cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien.**

**J'ai noté qu'il m'appartient d'annexer au présent bulletin la notification de droits à indemnisation chômage délivrée par Pôle Emploi et qu'il me faudra par la suite justifier trimestriellement de la perception des allocations chômage.**

A ..... Le .....

**Signature de l'ancien salarié :**

### 2. PARTIE A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

Date de cessation du contrat de travail : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle\*  CDI  CDD

Motif du départ\*  Licenciement (sauf faute lourde)  Rupture conventionnelle  
 Fin de CDD  Démission légitime

Durée de la portabilité en mois entiers : \_\_\_\_\_ mois (égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, **dans la limite de 12 mois**)

**Nous certifions que cet ancien salarié répond aux conditions permettant de bénéficier de la portabilité.**

A ..... Le .....

**Cachet et signature de l'employeur :**

(\*) Cocher la case correspondante

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous communiquez via ce formulaire sont destinées à la CAPSSA en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier. Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les services de la CAPSSA. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de la CAPSSA, 2 ter boulevard Saint-Martin - 75010 PARIS.