



VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Déclaration de portabilité des garanties frais de santé

Financement par mutualisation article L 911-8 du code de la sécurité sociale introduit par la loi de sécurisation de l'emploi
N° 2013-504 du 14 juin 2013

Identification employeur

Établissement N° de contrat

Adresse

Code Postal Commune

N° SIRET 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) :

Motif de cessation du contrat de travail : ☐ Licenciement (hors faute lourde) ☐ Rupture conventionnelle ☐ Fin de CDD

☐ Démission pour motif légitime ☐ Autre motif (à préciser)

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 droit :

Durée du contrat de travail (dans un ou plusieurs établissements)

Durée de la portabilité

Moins d'1 mois	1 mois
Entre 1 mois et 2 mois	2 mois
Entre 2 mois et 3 mois	3 mois
Entre 3 mois et 4 mois	4 mois
Entre 4 mois et 5 mois	5 mois
Entre 5 mois et 6 mois	6 mois

Durée du contrat de travail (dans un ou plusieurs établissements)

Durée de la portabilité

Entre 6 mois et 7 mois	7 mois
Entre 7 mois et 8 mois	8 mois
Entre 8 mois et 9 mois	9 mois
Entre 9 mois et 10 mois	10 mois
Entre 10 mois et 11 mois	11 mois
Supérieur à 11 mois	12 mois

Identification - ancien salarié bénéficiaire de la portabilité

Statut (information obligatoire) ☐ Cadre ☐ Non Cadre N°IDCC N° d'adhérent

Strate Fonction

☐ M ☐ Mme Nom Prénom

Adresse

Code Postal Commune Pays

Date de naissance (JJMMAAAA) N° Sécurité sociale

E-mail @

Adresse

Code Postal Commune Téléphone

Niveau de couverture

Le niveau de garanties maintenues est celui dont vous bénéficiez antérieurement.

☐ Socle ☐ Option 1 (Si souscrite précédemment) ☐ Option 2 (Si souscrite précédemment) ☐ Option 3 (Si souscrite précédemment)

Pièces à joindre obligatoirement

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation, dûment rempli et signé, merci de joindre :

Ancienne carte de Tiers Payant

Justificatif de prise en charge par le régime d'Assurance Chômage

Informations légales

Mutex et votre mutuelle mettent en oeuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, pour assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ainsi que pour la gestion de la relation commerciale. Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations de prospection de votre mutuelle, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décédés non réglés, de recouvrement, de contentieux, d'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Mutex.

Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en oeuvre de ces traitements, et sont destinées aux services concernés de Mutex et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires ou partenaires. Dans ce cadre, Mutex et votre mutuelle seront tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous, et vos éventuels bénéficiaires, pouvez exercer vos droits par mail à dpo@mutex.fr ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

Une notice de Protection des données à caractère personnel est consultable sur le site www.mutex.fr.

Formalités

- ☐ J'ai pris connaissance des modalités de maintien de mes garanties et 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.
 - 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.

[illegible]Le

--	--	--	--	--	--	--	--

CADRE RÉSERVÉ À L'ANCIEN SALARIÉ

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette
demande.

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Cachet et signature du représentant de l'entreprise
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette
demande.

Adresse de retour du bulletin :

Code Postal Commune Pays