

BULLETIN D’AFFILIATION PORTABILITÉ DES GARANTIES PRÉVOYANCE

KLESIA PRÉVOYANCE

CCN DES FLEURISTES, VENTE
ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS

À retourner à KLESIA - Services adhésions individuelles
CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex

IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE

RAISON SOCIALE _____ Sigle _____
Forme juridique _____ N° d’entreprise¹ _____
Adresse complète du siège social _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ Fax _____ E-Mail _____
Date de création _____ Siret _____ code NAF _____
Activité principale _____ Convention collective _____
Nom de la personne à contacter _____ Téléphone _____

IDENTIFICATION DE L’ANCIEN SALARIÉ

NOM _____ Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
N° Sécurité sociale _____ Catégorie professionnelle _____
Date d’entrée dans l’entreprise _____ Date de fin de contrat de travail² _____
Date de début³ des droits à portabilité _____ Durée du dernier contrat de travail⁴ _____

PORTABILITÉ DES GARANTIES PRÉVOYANCE EN MUTUALISATION

Dans le cadre des obligations définies à l’article L 911-8 du code de la Sécurité sociale,

- je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d’engager l’entreprise⁵ :
- demande la portabilité des garanties Prévoyance de la CCN DES FLEURISTES,VENTE ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS, en faveur du salarié nommé ci-dessus qui quitte l’entreprise (hors faute lourde), sous la condition qu’il soit indemnisé par le régime de l’assurance chômage,
- je soussigné(e) _____ (nom/prénom de l’ancien salarié) m’engage à communiquer à KLESIA :
- dès réception, le justificatif d’indemnisation par le régime de l’assurance chômage,
- la date de fin d’indemnisation de l’assurance chômage, si celle-ci intervient avant la fin des droits à portabilité.

Le maintien des garanties est accordé à compter du lendemain de la date de fin du contrat de travail du salarié, sous réserve du retour du présent document dans les plus brefs délais. La durée du maintien est égale à celle du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur. Elle est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

FAIT À _____ LE _____

CACHET DE L’ENTREPRISE
et signature de son représentant légal
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

SIGNATURE DE L’ANCIEN SALARIÉ

1. Indiqué sur votre bordereau d’appel de cotisations.
2. Si préavis, date de fin de préavis qu’il soit effectué ou non.
3. Lendemain de la date de fin de contrat de travail.
4. Ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur pour les garanties santé.
5. Seul le représentant légal de l’entreprise ou une personne dûment mandatée par ce dernier est habilité à engager l’entreprise.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu’à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l’exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu’aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d’introduire une réclamation auprès de l’autorité de contrôle compétente ainsi qu’un droit d’accès, de rectification, d’effacement, de limitation, de portabilité et d’opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d’effectuer votre demande auprès de : KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 MONTREUIL CEDEX, ou par courriel à l’adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d’opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l’adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr