

# BULLETIN D'AFFILIATION

## PORTABILITÉ DES GARANTIES SANTÉ / PRÉVOYANCE APPLIQUÉES DANS L'ENTREPRISE

KLESIA PRÉVOYANCE  
MALAKOFF MÉDÉRIC  
OCIRP

À retourner à : GFP - Centre de gestion - CCN Vins et Spiritueux  
28039 CHARTRES CEDEX

Pour le compte de KLESIA Prévoyance

### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Forme juridique \_\_\_\_\_ N° d'entreprise<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
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 travail<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Date de début<sup>3</sup> des droits à portabilité \_\_\_\_\_ Durée du dernier contrat de travail<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

### PORTABILITÉ DES GARANTIES PRÉVOYANCE

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'entreprise<sup>5</sup> :  
- demande la portabilité des garanties Prévoyance appliquées dans l'entreprise, en faveur du salarié nommé ci-dessus quittant 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 GFP :  
- 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.

### PORTABILITÉ DES GARANTIES SANTÉ

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'entreprise<sup>5</sup> :  
- demande la portabilité des garanties Santé appliquées dans l'entreprise, en faveur du salarié nommé ci-dessus quittant 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 GFP :  
- 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 consécutif 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 Informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à KLESIA 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 entités de KLESIA et ses délégataires de gestion. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données conformément aux dispositions de la loi précitée. 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 KLESIA Prévoyance - Correspondant Informatique et Libertés - Rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnll@klesia.fr