LA BANQUE POSTALE
ASSURANCE SANTÉ

ASSURANCE SANTÉ COLLECTIVE DE LA BANQUE POSTALE

DEMANDE DE PORTABILITÉ FRAIS DE SANTÉ

Au titre de la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 codifiée à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale
FINANCEMENT MUTUALISÉ

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CADRES

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE ..... N° SIREN .....
REPRÉSENTÉE PAR ..... EN QUALITÉ DE .....

- Demande, au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, pour l'ancien salarié désigné ci-après, le maintien de la garantie complémentaire frais de santé d'activité, selon les mêmes conditions de garanties et de révision que celles applicables aux salariés actifs, sous réserve de la réception du présent document dans les 30 jours qui suivent la cessation du contrat de travail.
- DATE D'EFFET DU CONTRAT DE TRAVAIL .....
- DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL(1) .....
- MOTIF DE LA RADIATION (vous devez impérativement effectuer un choix) :
  ❑ Licenciement individuel ou pour motif économique ❑ Rupture conventionnelle ❑ Rupture de période d'essai
  ❑ Rupture de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ❑ Démission pour motif légitime ❑ Fin de CDD
- CATÉGORIE PROFESSIONNELLE .....

(1) La portabilité prend effet au lendemain de la date de rupture du contrat de travail.

À COMPLÉTER PAR L'ANCIEN SALARIÉ

Je soussigné(e)

NOM DE FAMILLE (de naissance) ..... PRÉNOM .....
NOM D'USAGE (d'époux) .....
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋_⌋ DATE DE NAISSANCE .....
ADRESSE .....
CODE POSTAL ..... VILLE .....
TÉLÉPHONE DOMICILE ..... MOBILE .....
COURRIEL ..... @ .....

❑ J'autorise La Banque Postale Assurance Santé, les sociétés du groupe auquel elle appartient, ses partenaires et prestataires, à m'adresser par courrier électronique et/ou par SMS des informations commerciales.

- Demande le maintien de la garantie complémentaire frais de santé d'activité, souscrite par mon ancien employeur, au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, du fait de la rupture de mon contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.
  En tout état de cause, une reprise d'activité ou la résiliation du contrat d'assurance met fin aux garanties.
- M'engage à communiquer, à l'assureur, dans les meilleurs délais, la date de reprise d'un autre emploi ou la date de cessation du versement de l'allocation du régime d'assurance chômage, mettant ainsi fin à la période de maintien de la garantie complémentaire frais de santé au titre du dispositif de portabilité.
- M'engage à adresser à l'assureur l'avis d'admission au régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais.
- Ai noté que mes ayants droit couverts par la garantie complémentaire frais de santé en vigueur dans l'entreprise, au moment de la rupture du contrat de travail sont automatiquement affiliés au titre du présent maintien de garantie. J'informerai l'assureur de toute modification de ma situation familiale.
- Reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du présent document, établi en accord avec mon ancien employeur et particulièrement du point suivant :
  - à l'expiration de la période de maintien de droits au titre de la portabilité, si je bénéficie toujours des indemnités du régime d'assurance chômage, l'assureur m'adressera une proposition de maintien au titre des dispositions de l'article 4 de la loi Evin.

Cadre réservé à l'ancien employeur	Cadre réservé à l'ancien salarié
Fait à ..... le, ... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	Fait à ..... le, ... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Document à retourner par courrier :
La Banque Postale Assurance Santé
TSA 10245 - 78281 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX

Pour contacter un Conseiller :
0 810 90 24 54 Service 0,06 € / min + prix appel
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée, il est précisé que les données à caractère personnel ci-dessus recueillies sont obligatoires pour la gestion des services souscrits et font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est La Banque Postale Assurance Santé. Elles pourront être utilisées pour la gestion des opérations effectuées en exécution des services souscrits, par La Banque Postale Assurance Santé, les sociétés du groupe auquel elle appartient, par ses partenaires et prestataires. Ces données pourront également être utilisées dans le cadre des actions commerciales de La Banque Postale Assurance Santé, des sociétés du groupe auquel elle appartient et de ses partenaires et prestataires.
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, que vous pouvez exercer en vous adressant à La Banque Postale Assurance Santé : sgil@assurcoll-lbpas.fr.
❑ Je refuse que mes données soient utilisées à des fins de prospections commerciales par courrier postal ou par téléphone.

La Banque Postale Assurance Santé - Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme au capital social de 3 336 000 € - Siège social : 115 rue de Sèvres 75275 PARIS CEDEX 06 - RCS Paris 440 165 041. Code APE 6512Z.
Auxia Assistance - Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 PARIS RCS Paris 351 733 761.
La Banque Postale - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 046 407 595 € - Siège social et adresse postale : 115 rue de Sèvres 75275 Paris CEDEX 06 - RCS Paris 421 100 645. Code APE 6419Z. Intermédiaire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.