

FICHE DE MODIFICATION (SORTIE, MAINTIEN DE GARANTIES, PORTABILITÉ, MUTATION) DU CONTRAT OBLIGATOIRE



Établissement :
SIRET :

SALARIÉ

Nom du salarié (en capitales) :
Prénom :
Téléphone portable : Email :
N° de Sécurité sociale : ____ _

MOTIF DE MODIFICATION DU SALARIÉ	
<input type="checkbox"/> RETRAITE ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE ⁽³⁾ Bénéficiaire de la portabilité des droits : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> RETRAITE ANTICIPÉE ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> LICENCIEMENT ⁽⁴⁾ Bénéficiaire de la portabilité des droits : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> DÉCÈS	<input type="checkbox"/> SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ⁽⁵⁾
<input type="checkbox"/> DÉMISSION	<input type="checkbox"/> MUTATION AUTRE ÉTABLISSEMENT (joindre une attestation de Sécurité sociale) Nouveau site : Nouvelle adresse du salarié :
<input type="checkbox"/> AUTRE	

ADHÉSION AU RÉGIME D'ACCUEIL (CAS N° 1, 2, 3 ET 4)

Je, soussigné(e)
demande à bénéficier pour moi-même et mes ayants droit inscrits, du maintien dans la mutuelle au titre du contrat facultatif d'accueil (CAS MOTIFS 1, 2, 3 ou 4 (si non bénéficiaire de la portabilité des droits)) : OUI Option A OUI Option B NON

En cas de réponse positive, les cotisations seront perçues par prélèvement automatique. Remplir le mandat SEPA de votre mutuelle désignant le compte à débiter. Les prestations seront réglées par virement, sur le même compte.

Tarifs en annexe de la notice d'information Accueil

Merci de signer au verso, tournez SVP →

ADHÉSION À LA PORTABILITÉ DES DROITS (CAS N° 3 ET 4)

Date d'entrée dans la société : ____ _ Date d'effet de rupture du contrat de travail : ____ _

Motif de la rupture du contrat de travail :

Durée du dispositif de portabilité de la loi du 14 juin 2013, sous réserve de remplir les conditions: ____ mois

La garantie est accordée pour vous-même et vos ayants droit affiliés à ce jour, dès le lendemain de la rupture du contrat de travail sans contrepartie financière, sous réserve de justifier au plus tard dans les 3 mois de l'attestation Pôle emploi qui précise les droits à indemnisation.

Le retour à l'emploi met fin à la portabilité des droits. Dans ce cas, vous en informerez votre mutuelle gestionnaire.

À cocher par l'adhérent [ancien salarié(e)]

Je souhaite bénéficier du maintien de la couverture frais de santé dont j'ai bénéficié en tant que salarié(e). J'ai pris bonne note que je justifierai auprès de ma mutuelle gestionnaire de mon indemnisation par l'assurance chômage au plus tard dans les 3 mois de l'adhésion, puis trimestriellement jusqu'à la fin de mes droits. Je l'informerai de mon retour à l'emploi pendant la période de portabilité et restituerai ma carte d'affiliation.

Je certifie que mon employeur m'a remis le guide pratique du dispositif de portabilité intégré dans la Notice d'information Frais de santé.

Merci de signer au verso, tournez SVP →

ADHÉSION POUR LES SALARIÉS INSCRITS À L'EFFECTIF EN SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL (CAS N° 5)

- Salarié en suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération (hors congé parental)**
Pour ces salariés, les garanties et taux de cotisation du régime des actifs sont maintenus.
Le co-financement cesse et la cotisation est prélevée par la mutuelle en totalité auprès du salarié.
- Salarié en invalidité inscrit à l'effectif ou salarié en congé parental**
Pour les salariés dans cette situation, les garanties sont maintenues sans contrepartie financière.

Fait le ____ ____ ____ À	IMPORTANT : VALIDATION DE L'ENTREPRISE
	Ces renseignements correspondent aux informations enregistrées par l'entreprise. Date de modification : ____ ____ ____
SIGNATURE DE L'ADHÉRENT	SIGNATURE ET CACHET

Vos données personnelles sont traitées par **Ociane Matmut** et les autres destinataires intervenant pour les finalités : passation, gestion et exécution des contrats, relation commerciale, lutte anti-fraude, lutte anti-blanchiment. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données **Groupe Matmut** 66 rue de Sotteville 76100 Rouen. Pour en savoir plus sur l'usage de vos données et vos droits, consultez la rubrique « Protection des données personnelles » du site internet de la **Matmut**, du Règlement Mutualiste ou des Conditions Générales de nos contrats.

Vous acceptez d'être informé(e) des offres commerciales du **Groupe Matmut** et de ses partenaires :

- par SMS : oui - non*
- par email : oui - non*

* Rayez la mention inutile.



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 434 243 085
35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex.

Contrat collectif coassuré par les mutuelles dont la liste figure sur votre Notice d'information.

Les mutuelles coassureurs sont représentées par **Ociane Matmut**, qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité de coordinateur et d'interlocuteur unique.

Autorité de Contrôle : Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.