

**PORTABILITE DES DROITS  
DECLARATION DE MAINTIEN DES GARANTIES SANTE**

**PARTIE A COMPLETER PAR LE SALARIE**

Je soussigné(e) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A : .....

N° SS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Certifie avoir reçu la proposition de maintien des garanties santé de mon employeur à titre gratuit, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code la Sécurité Sociale.**

Je bénéficie à titre gratuit des garanties dans les conditions en vigueur de mon entreprise, en cas de cessation de mon travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail ou au cumul des contrats lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur (maximum 12 mois) calculée en mois entier, arrondis à l'entier supérieur.

**Les droits cessent automatiquement en cas de retour à l'emploi ou de radiation à l'assurance chômage et je m'engage expressément à informer SG Santé de mon éventuelle reprise d'activité professionnelle ou de la cessation de mes droits aux allocations chômage durant cette période, ce qui dans l'affirmative mettra fin aux bénéfices de l'ensemble de mes garanties santé.**

**Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que mes droits à la prévoyance/ et ou à la santé aient été ouverts chez mon dernier employeur.**

Il m'appartiendra de communiquer au centre de gestion santé tout justification de ma prise en charge par le régime d'assurance chômage (justificatif initial et attestations mensuelles de paiement) dans les 60 jours suivant la cessation de mon contrat de travail, ainsi que pour toute demande de prestations dans les 30 jours suivant la survenance du sinistre.

**Faute de recevoir ces justificatifs, le bénéfice du maintien cessera immédiatement.**

Je déclare avoir été informé (conformément à la Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, et autoriser l'organisme assureur, et/ou au délégataire de gestion, dans le cadre des structures professionnelles, à effectuer toute opération utile à la gestion ou à la connaissance du risque par le moyen de procédés informatiques. Il est rappelé l'existence d'un droit d'accès aux fichiers et de rectification de ceux-ci.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à GEOZ en sa qualité de responsable du traitement. Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de recherche de bénéficiaires de contrat décès non réglés. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités AGEO, ses partenaires commerciaux et ses partenaires de compagnies d'assurance. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Vous disposez à tout moment 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 du DPO GEOZ par courrier postal à l'adresse suivante : DPO GEOZ - 7, rue de Turbigo 75001 Paris ou par courriel à l'adresse suivante : [infos.cnll@ageo.fr](mailto:infos.cnll@ageo.fr). Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

GEOZ | Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX | RCS 500 171 939 CHALONS EN CHAMPAGNE | SNC au capital de 1500 € | Nom commercial : AGEO Prévoyance | Numéro ORIAS : 07 031 908 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - <https://acpr.banque-france.fr> | GEOZ exerce conformément aux dispositions de l'Article L.521-2 du code des assurances. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande | AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - [service.reclamation@ageo.fr](mailto:service.reclamation@ageo.fr) | Notre Service Qualité enregistré, analyse et répond à vos réclamations et suggestions, parce que le Service Client est notre Engagement | Le service réclamation accuse réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant réception et s'engage à apporter une réponse circonstanciée dans un délai de 2 mois (conformément à la recommandation ACPR 2016-R-03 du 14/11/16) | Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 | [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org) - [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) (après saisie de notre service réclamation / Article L.612-2 du code de la consommation).

**PARTIE DESTINEE A L'EMPLOYEUR**

Employeur : .....

Ville : .....

Dept : .....

Date d'entrée dans l'entreprise	Date de rupture du contrat de travail	Durée maintien des droits
____/____/____	____/____/____	..... (Arrondis à l'entier supérieur, 12 mois max)

Le présent document a pour objet de vous permettre d'organiser de façon très simple la mise en place du dispositif de la portabilité de droits. Il convient tout d'abord de :

1. **Faire régulariser par le salarié la partie haute de ce document et compléter les informations ci-dessus**
2. **Adresser la copie ce formulaire à l'adresse ci-dessous :**

Vous conservez l'original du présent document qui vous servira de preuve en cas de contestation et vous en **adrez** une copie au centre de gestion ci-dessous :

**PAR COURRIER : SG SANTE**  
**TSA 40012**  
**51049 Châlons en Champagne Cedex**

**PAR MAIL :** [amandine.nicolas@sgsante.fr](mailto:amandine.nicolas@sgsante.fr)

**Les droits aux garanties santé ne seront pas maintenus si vous n'informez pas le centre de gestion santé de la cessation du contrat de travail dans un délai de 10 jours.**

<p><b>Fait à :</b></p> <p>.....</p> <p><b>Le :</b> ____/____/____</p>	<p><b>Signature du salarié</b>  <b>« Lu et approuvé »</b></p>	<p><b>Cachet de l'entreprise</b></p>
---	---	--------------------------------------