



# DEMANDE DE PORTABILITÉ DE LA COUVERTURE PRÉVOYANCE

CAPSSA

## 1. PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ANCIEN SALARIÉ

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale:

Nom ..... Nom de naissance .....  
Prénom(s) ..... Né(e) le ..... Lieu de naissance .....

### Adresse

N° ..... Rue .....  
Code Postal ..... Ville ..... Pays .....

## 2. PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR

Ce document, dûment complété et signé, doit impérativement être retourné à la CAPSSA dans les 30 jours de la date de cessation du contrat de travail, accompagné de :

- La notification de droits à l'indemnisation chômage délivrée par pôle emploi ;
- Pièce d'identité du demandeur **(au choix)**:  
Photocopie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité ;  
Photocopie du passeport en cours de validité.

J'ai pris note que la couverture prévoyance est maintenue sans contrepartie de cotisation. Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information relative à la portabilité de la couverture prévoyance en cas de cessation du contrat de travail, et en accepter les dispositions énoncées dans celle-ci. Je m'engage à signaler dans les meilleurs délais à la CAPSSA toute reprise d'activité ou de cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien. J'ai noté qu'il m'appartient d'annexer au présent bulletin la notification de droits à indemnisation chômage délivrée par Pôle Emploi et qu'il me faudra par la suite justifier trimestriellement de la perception des allocations chômage.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site www.capssa.fr « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité.

Fait à ....., le ..... **Signature du salarié**

## 3. PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

N° d'adhérent ..... N° de contrat .....  
Date d'entrée du salarié dans l'entreprise ..... Date de cessation du contrat de travail .....

|                            |                                  |                         |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Situation professionnelle* | CDI                              | CDD                     |                                  |
| Motif du départ*           | Licenciement (sauf faute lourde) | Rupture conventionnelle | Fin de CDD<br>Démission légitime |

Durée de la portabilité en mois entiers: ..... mois (égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, dans la limite de 12 mois)

**Nous certifions que cet ancien salarié répond aux conditions permettant de bénéficier de la portabilité.**

Fait à ....., le ..... **Signature et cachet de l'employeur**

\*Case à cocher

