

## COORDONNÉES

L'ENTREPRISE ET LE SALARIÉ CONCERNÉS DOIVENT REMPLIR ET SIGNER CE DOCUMENT QUI SERA À ADRESSER PAR L'ENTREPRISE À :

GESTION BRANCHE UMANENS

LA MUTUELLE FAMILIALE

TSA 60002

75487 PARIS CEDEX 10

## À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

DATE D'ENTRÉE DU SALARIÉ DANS L'ENTREPRISE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DATE D'EFFET DE LA RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DURÉE EN MOIS DES DROITS À PORTABILITÉ : \_\_\_\_

## À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ

NOM DE L'ADHÉRENT : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ - NUMÉRO D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) : \_\_\_\_\_

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

JE M'ENGAGE À FOURNIR CHAQUE MOIS À LA MUTUELLE FAMILIALE L'ATTESTATION DE DROITS QUI ME SERA TRANSMISE PAR PÔLE EMPLOI.

## CONDITIONS DE MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ

Nous rappelons que le maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité doit être signalé à l'ancien salarié dans le certificat de travail établi par l'employeur, une copie du présent bulletin pouvant lui être remise pour confirmation.

En revanche, il appartient à l'ancien salarié de justifier directement auprès de La Mutuelle Familiale de ses droits à l'indemnisation chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, le versement des prestations sera conditionné à la justification mensuelle de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous nous réservons donc la possibilité de suspendre le versement des prestations jusqu'à réception du justificatif demandé. En tout état de cause, l'ancien salarié est tenu de déclarer à La Mutuelle Familiale dans les meilleurs délais la date de sa reprise de travail s'il venait à trouver un nouvel emploi, la date de sa liquidation de droits à retraite s'il venait à la demander ou la date de fin de versement de ses allocations chômage le cas échéant. A défaut, il s'expose au remboursement d'éventuels indus.

## DATE ET SIGNATURE DE L'ANCIEN SALARIÉ

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Je soussigné, certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce formulaire

## DATE, SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nous certifions exactes les indications portées sur ce formulaire