



## FICHE DE SORTIE D'UN ADHERENT ACTIF

pour radiation définitive ou maintien des droits en portabilité

### FRAIS DE SANTE

A retourner à : Mutuelle UMC - Secteur Contrats Collectifs - 35 rue Saint Sabin - 75534 Paris Cedex 11  
Ou par mail à : [s.entreprises@mutuelle-umc.fr](mailto:s.entreprises@mutuelle-umc.fr) / Objet à inscrire : "SORTIE D'UN ADHERENT"

#### L'entreprise

Numéro de contrat SANTE ou de section entreprise : \_\_\_\_\_

Raison sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Rupture du contrat de travail intervenant dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi :  OUI  NON

#### Le Salarié en rupture de contrat de travail

Numéro d'adhérent du salarié : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

#### A - L'ancien(ne) salarié(e) **ne bénéficie pas** du maintien de ses droits SANTE en portabilité (démission hors motif légitime, nouvel emploi, absence d'indemnité de chômage, départ en retraite)

Date de radiation définitive du salarié sortant : \_\_\_\_\_

Motif de la radiation :  Pas de droit à la portabilité  Reprise d'activité  
 Départ en Retraite  Autre : \_\_\_\_\_

Le salarié sortant souhaite recevoir un **certificat de radiation** :  OUI  NON

Le salarié sortant souhaite recevoir une **proposition de garantie** Mutuelle UMC :  OUI  NON

#### B - L'ancien(ne) salarié(e) **bénéficie** du maintien de ses droits SANTE en portabilité

Date d'embauche de l'ancien(ne) salarié(e) \_\_\_\_\_ Date de cessation de son contrat de travail \_\_\_\_\_

Date du **transfert en portabilité** (1) :  Date de **fin du maintien** en portabilité :

(1) : la date d'effet du maintien des droits en portabilité est le jour suivant la date de cessation du contrat de travail ; cette dernière pouvant intervenir en cours de mois et les cotisations mensuelles n'étant pas proratisables, indiquez ici la date du transfert dans le groupe des anciens salariés, soit le 1er jour du mois suivant la cessation du contrat de travail.

Durée maximale du maintien des garanties SANTE égale à la durée du dernier contrat de travail (ou du cumul des CDD consécutifs sans interruption), **arrondi au mois supérieur**, maximum **12 mois**, soit : (merci de cocher ci-dessous)

1 mois  2 mois  3 mois  4 mois  5 mois  6 mois  7 mois  8 mois  9 mois  10 mois  11 mois  12 mois

## C - Signatures de l'Entreprise et de l'ancien(e) Salarié(e)

Je soussigné(e), (Nom / Prénom manuscrits) : .....  
ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ci-dessus mentionnée, bénéficie du maintien des garanties santé du contrat collectif, dans le cadre d'une rupture du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité Sociale.

Je déclare avoir pris connaissance de mes obligations relatives au maintien du régime Frais de Santé dont je bénéficiais en tant que salarié et m'engage expressément à :

- Fournir les **justificatifs mensuellement** à ma Mutuelle de ma prise en charge par l'assurance chômage,
- Informer ma Mutuelle des modifications de situation personnelle qui interviendraient durant la période de portabilité de mes garanties,
- Informer ma Mutuelle de la cessation des allocations chômage si elle intervient au cours de la période de portabilité de mes droits,
- Ne pas procéder à l'inscription d'ayants droit au cours de la période de portabilité de mes droits (sauf un nouveau né),
- **Adresser à l'UMC ma demande de radiation en cas de cessation de mes droits avant l'échéance.**

En tout état de cause, je déclare avoir pris connaissance du fait que mon droit à portabilité cesse en cas de :

- Impossibilité à justifier de mon statut de demandeur d'emploi indemnisé par l'assurance chômage,
- Liquidation de ma pension vieillesse,
- Décès,
- Non renouvellement ou de résiliation du contrat d'assurance collectif des actifs.

A tout moment ma Mutuelle pourra demander une attestation de mes droits aux allocations chômage de Pôle Emploi.

### Loi Informatique et Libertés 78-17 du 6 janvier 1978.

Les données vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer votre adhésion. Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez, ainsi que vos ayants droit d'un droit individuel d'accès et de rectification pour toutes informations contenues dans nos fichiers, en vous adressant à la Mutuelle UMC, 35 rue Saint-Sabin 75534 PARIS CEDEX 11, ou "contact.cil@mutuelle-umc.fr". Certaines des informations ci-dessus pourront être utilisées à des fins commerciales par la Mutuelle UMC, sauf opposition de votre part manifestée en cochant cette case ci-après :

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_, en 3 exemplaires (salarié / employeur / Mutuelle UMC)

Signature et cachet de l'entreprise

Signature de l'ancien(ne) salarié(e),  
"Je reconnais avoir reçu et compris toute l'information  
concernant mes droits à portabilité", signature :