

ANI DU 11 01 2008 DEMANDE DE MAINTIEN DU REGIME FRAIS DE SANTÉ

POUR LES ANCIENS SALARIÉS AU TITRE DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2008

A compléter par l'entreprise d'activité

Raison sociale: N° SIREN | | | | | | | | | |

Représentée par en qualité de

Préciser si la rupture du contrat de travail s'effectue dans le cadre d'un plan social (cocher la case suivante) : Oui Non

► Demande, au titre de l'article 14 de l'ANI du 11.01.2008, pour l'ancien salarié désigné ci-après, le maintien du(es) régime(s) frais de santé collectif d'activité selon les mêmes conditions de garanties, de cotisation et de révision que celles applicables aux salariés actifs, sous réserve de la réception du présent document dans un délai situé entre le 11^{ème} et le 15^{ème} jour suivant la cessation du contrat de travail.

► Date de rupture du contrat de travail.....

► Période de maintien des garanties: du (1)..... au (2)..... ► Catégorie professionnelle d'activité :

(1) Dès le lendemain de la cessation du travail de travail .

(2) Durée exprimée par mois entiers dans la limite de 9 mois, sous réserve d'une reprise d'activité

Cadre réservé à l'ancien employeur

Fait à le Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

A compléter par l'ancien salarié

Je soussigné(e) ex-salarié(e) de l'entreprise mentionnée ci-dessus

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille

N° Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | |

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Adresse électronique @

► demande le maintien des garanties complémentaires frais de santé d'activité, souscrites par mon ancien employeur, au titre de l'article 14 de l'ANI du 11.01.2008, soit pendant la période de mon indemnisation par le régime d'assurance chômage consécutive à la cessation d'activité et selon les conditions de durée précisées ci-dessus par mon ancien employeur. En tout état de cause, une reprise d'activité ou la résiliation du contrat d'assurance met fin aux garanties.

► m'engage à communiquer, à mon ancien employeur, dans les meilleurs délais, la date de reprise d'un autre emploi ou la date de cessation du versement de l'allocation du régime d'assurance chômage, mettant ainsi fin à la période de maintien du régime frais de santé au titre de l'ANI.

► ai noté que les ayants droit couverts par la garantie frais de santé en vigueur dans l'entreprise, au moment de la cessation d'activité sont automatiquement affiliés au titre du présent maintien de garantie. J'informerai l'assureur de toute modification de situation familiale.

► m'engage à adresser à mon ancien employeur l'avis d'admission au régime d'assurance chômage.

► reconnais avoir reçu la notice d'information établie par l'assureur, avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du présent document, établi en accord avec mon ancien employeur et particulièrement du point suivant :

à l'expiration de la période de maintien de droits au titre de l'ANI, si je bénéficie toujours des indemnités du régime d'assurance chômage, j'aurai la possibilité de demander à l'assureur, à titre onéreux et dans un délai de 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail, une inscription à une couverture santé (au titre des dispositions de l'article 4 de la loi Evin) et selon les modalités de souscription qui me seront communiquées par l'assureur, à ma demande. Le terme du délai de 6 mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties au titre de l'ANI prend fin.

Cadre réservé à l'ancien salarié

Fait à le Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Ce document est à retourner à

Malakoff Médéric – Pôle Affiliations – 16-18 rue de Queueu – BP 75150 – 57074 Metz cedex 3

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Nous vous rappelons que, conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez obtenir communication et le cas échéant, rectification de toute information vous concernant sur les fichiers de l'institution. Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du Groupe Malakoff Médéric, dont la liste vous sera transmise sur simple demande. Nous vous remercions d'adresser vos courriers à ce sujet à : Malakoff Médéric – Pôle informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 PARIS cedex 9, ou par courriel : sgli@malakoffmederic.com