apgis Institution de prévoyance

AXA

BULLETIN DE DEMANDE DE MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

Bulletin à compléter et à remettre à votre ancien employeur qui l'adressera à l'APGIS

PARTIE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

Cachet de l'entreprise

Entreprise .....

N° contrat |_____|

Date de cessation du contrat de travail |__|__|__|__|__|__|__|__|

Durée du maintien des garanties |____| mois

Salaire annuel de référence |_____| €

Montant de la cotisation due en Frais Médicaux (Part salariale/ Part patronale) |_____| € |_____| €
(uniquement pour les salariés ne bénéficiant pas du maintien gratuit)

Montant de la cotisation due en Prévoyance (Part salariale/ Part patronale) |_____| € |_____| €

Nature du contrat de travail(*) ❒ CDI ❒ CDD ❒ Autres. Préciser .....

Motif du départ (*) ❒ Licenciement (sauf faute lourde) ❒ Rupture conventionnelle

❒ Fin de CDD ❒ Démission légitime ❒ Autres. Préciser .....

PARTIE A COMPLETER PAR LE SALARIE (*)

❒ Mr ❒ Mme ❒ Mlle NOM ..... Prénom .....

N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__|

Adresse .....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

❒ **J'accepte le maintien des garanties** au-delà de la cessation de mon contrat de travail. Pour cela je m'engage à retourner à mon ancien employeur, dans les **10 jours** qui suivent la cessation de mon contrat de travail, l'attestation du Pôle Emploi.

Je déclare remettre à mon ancien employeur la somme de …… euros correspondant à la part salariale du financement du maintien des garanties. A défaut, je ne pourrai bénéficier du maintien des garanties.

J'ai pris bonne note que je ne bénéficie plus du tiers payant SP santé et de la télétransmission NOEMIE.

Par ailleurs, en cas de reprise d'une activité professionnelle ou de suspension de mon indemnisation au titre de l'assurance chômage au cours de la période de maintien, je m'engage à informer mon ancien employeur.

❒ **Je renonce au maintien des garanties** au-delà de la cessation de mon contrat de travail. Je suis informé que cette renonciation est globale et définitive. Je m'engage à ne plus utiliser ma carte de tiers-payant SP santé à compter de la cessation de mon contrat de travail.

A ..... Le |__|__|__|__|__|__|__|__| Signature du salarié :

(*) Cocher la case correspondante

Institution de prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité Sociale sous le n° 930, régie par l'article L 931/1 du Code de la Sécurité Sociale
AXA France Vie. Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Paris •- Siège social : 26, rue Drouot 75009 Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances