apgis Institution de prévoyance

BULLETIN DE DEMANDE DE MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE

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 (9mois maximum)

Salaire annuel de référence |_____| €

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 au titre de la Prévoyance correspondant à la part salariale du financement du maintien des garanties. A défaut, je ne pourrai bénéficier du maintien des garanties.

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. En cas de reprise d'une activité professionnelle avant la fin de la période de maintien, je peux demander un remboursement du trop versé de ma quote-part salariale.

❒ **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