

**DEMANDE DE PORTABILITE
DES DROITS PREVOYANCE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE
RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL POSTERIEURE AU 26/02/2010**

Au titre du contrat

Souscrit par (Raison sociale de l'entreprise) auprès de Carpilig/P

ADHERENT (à remplir en lettres capitales)

Numéro de SIREN :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Commune :

ASSURE (à remplir en lettres capitales)

M. Mme Mlle

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° Sécurité sociale :

DUREE DE LA PORTABILITE DES DROITS (à compléter par l'employeur)

Date d'entrée dans l'entreprise :

Date de rupture du contrat de travail :

Motif de la rupture du contrat de travail :

Durée de la couverture :

Date de fin de couverture :

DECLARATIONS DE L'ASSURE

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information précisant les modalités de la portabilité de mes droits ;
- Je reconnais que mon droit à portabilité s'exerce dans les conditions et selon les modalités fixées dans la présente notice ;
- Je reconnais que ma couverture prévoyance supplémentaire est maintenue pour une durée égale à la durée de mon dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.
- Je reconnais que dans le cas où mon ancienneté dans une ou plusieurs entreprises cotisant au régime conventionnel de CARPILIG/P sans interruption pour cause d'indemnisation pour inscription au Pôle Emploi est de plus de 6 mois, la durée de mon droit à portabilité sera calculée en fonction de mon ancienneté sans excéder un maximum de 9 mois de couverture (portée à 12 mois pour les salariés âgés de plus de 50 ans au moins, lors de la cessation de leur contrat de travail ainsi que pour les salariés reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)
- Je reconnais que la couverture des droits prend effet le 1^{er} jour qui suit la date de rupture de mon contrat de travail ;
- Je prends acte que la couverture de mes droits me sera assurée gratuitement c'est-à-dire sans appel de cotisation ;
- Je peux renoncer à la portabilité dans un délai de 10 jours révolus qui suivent la date de rupture de mon contrat de travail au moyen du modèle de courrier mis à ma disposition par l'employeur.
- Je m'engage à faire parvenir, par le biais de (Raison sociale de l'entreprise), à la Carpilig/P, une attestation de prise en charge et, mensuellement, l'attestation de paiement par le Pôle emploi-ASSEDIC ;
- Je m'engage à prévenir(Raison sociale de l'entreprise) de mon éventuelle reprise de travail, ce qui aura pour conséquence de mettre fin à mon droit à portabilité ;
- Je certifie que l'ensemble des éléments portés dans le présent document sont exacts.

Fait en 2 exemplaires, le

Signature du représentant de l'entreprise
(cachet de l'entreprise)

Signature de l'Assuré
précédée de la mention « lu et approuvé »