

# Bulletin d'inscription à la portabilité des garanties complémentaire santé et/ou prévoyance

Henner™

## 1 ENTREPRISE (à remplir par l'entreprise) [Tous les champs sont obligatoires](#)

Société \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Numéro de contrat client Henner frais de santé |\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_ Collège \_\_\_\_\_

Numéro de contrat client Henner prévoyance |\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_ Collège \_\_\_\_\_

Numéro de contrat assureur frais de santé \_\_\_\_\_ Assureur \_\_\_\_\_

Numéro de contrat assureur prévoyance \_\_\_\_\_ Assureur \_\_\_\_\_

Motif de la rupture du contrat de travail :

- Licenciement hors faute lourde       Démission pour motif légitime (bénéficiaire de l'allocation Pôle Emploi)  
 Rupture conventionnelle       Fin CDD  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Date de sortie de l'entreprise \_\_\_\_\_ Durée de la portabilité en mois (ne pouvant excéder 12 mois) \_\_\_\_\_

Date de fin de la portabilité \_\_\_\_\_


## 2 AFFILIE (à remplir par le salarié) [Tous les champs sont obligatoires](#)

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ N° Sécurité sociale \_\_\_\_\_

 Vous serez alerté(e) par email de la disponibilité de vos décomptes de remboursement sur votre espace personnel en ligne

J'ai été informé(e) par mon ancien employeur du mécanisme de portabilité permettant, à mes bénéficiaires et moi-même, de maintenir sous certaines conditions les garanties du contrat actif. Le maintien de cette couverture à titre gratuit est applicable à compter de la date de cessation de mon contrat de travail. La durée de cette portabilité est celle de mon dernier contrat de travail appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

A ce titre :

Je m'engage à fournir à Henner la copie de ma 1<sup>ère</sup> notification Pôle Emploi, en tant qu'allocataire, dans un délai de 2 mois.

Je m'engage à justifier de ma situation d'indemnisation chômage tous les 3 mois.

Je m'engage à informer Henner de tout changement de situation et notamment de toute reprise d'activité.

**Je suis informé(e) que ma garantie cesserait automatiquement en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.**

## JE CERTIFIE

L'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à venir, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément à l'Article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale.

Mon affiliation permet la délivrance d'une carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé, dans les conditions définies au contrat. Je m'engage à détruire ou à restituer ma carte en cours de validité à Henner lors de la radiation de mon contrat ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

## DOCUMENTS À JOINDRE *(obligatoirement)*

- > Relevé d'identité bancaire ou postal si le versement de vos prestations se faisait précédemment par lettre chèque
- > Copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie (**pas de copie de la Carte Vitale**) à l'adresse de l'affilié si la télétransmission n'a pas été mise en place précédemment :
  - Vous (l'affilié)
  - Votre conjoint
  - Votre (vos) enfant(s)

Cachet et signature de l'employeur

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du salarié

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_