

Date d'entrée dans l'établissement (JJMMAAAA)  Date de sortie de l'établissement (JJMMAAAA)

## Identification de l'employeur

Raison sociale \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Forme juridique \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## Assuré

M.  Mme Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Num Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
 Pour un traitement plus rapide de votre dossier veuillez indiquer votre Email   
 Catégorie professionnelle \_\_\_\_\_ Code adhérent   
 Date d'effet de la rupture du contrat de travail   
 Motif de cessation du contrat de travail (1) \_\_\_\_\_ Durée du contrat de travail (en mois)   
 Date de début de portabilité (2)  Date de fin de portabilité (3)

(1) Motif: LIC Licenciement hors faute lourde - CDD : Fin de CDD - PSE : Plan de sauvegarde de l'emploi - AUT : autres

(2) Lendemain de la date de rupture ou de fin de contrat de travail

(3) La date de fin de la période de portabilité est déterminée en fonction de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur

Durée du contrat de travail	Durée de la portabilité
Moins d'1 mois	1 mois
Entre 1 mois et 2 mois	2 mois
Entre 2 mois et 3 mois	3 mois
Entre 3 mois et 4 mois	4 mois
Entre 4 mois et 5 mois	5 mois
Entre 5 mois et 6 mois	6 mois

Durée du contrat de travail	Durée de la portabilité
Entre 6 mois et 7 mois	7 mois
Entre 7 mois et 8 mois	8 mois
Entre 8 mois et 9 mois	9 mois
Entre 9 mois et 10 mois	10 mois
Entre 10 mois et 11 mois	11 mois
> 11 mois et plus	12 mois

### Informations concernant le bénéficiaire de la portabilité

- La couverture "portée" prend fin de manière anticipée le jour où vous cessez de bénéficier des allocations d'assurance chômage ou si vous n'apportez plus la preuve de ce bénéfice.
- Votre notice d'information est celle que vous avez reçue quand vous étiez salarié de l'entreprise.

## CNIL

Les informations à caractère personnel recueillies par CGRM sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par CGRM pour des besoins de connaissance du client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion de risque, de prévention des impayés et de la fraude et de respect des obligations légales et réglementaires. Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de CGRM par voie postale à l'adresse suivante : 377 rue du Luxembourg ou par mail à l'adresse info@cgrm.fr.

## Assuré

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste sincères et exactes les informations reprises au recto. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le code de la Sécurité Sociale (Article L932-7), le code de la Mutualité (L221-4) ou le code des Assurances (L113-8) notamment la nullité des garanties

Je m'engage à informer CGRM de toute modification de situation personnelle qui interviendrait durant la période totale de portabilité de mes garanties santé.

Je m'engage expressément à informer CGRM de mon éventuelle reprise d'activité professionnelle ou de la cessation de mes droits aux allocations chômage durant cette période, ce qui, dans l'affirmative, mettrait fin au bénéfice de l'ensemble de mes garanties santé.

Je m'engage à transmettre chaque mois à CGRM l'attestation de mes droits aux allocations chômage de Pôle Emploi.

Pièces à joindre au bulletin pour permettre l'enregistrement de ma demande :

- Ancienne carte de Tiers Payant
- Justificatif de prise en charge par le régime d'Assurance Chômage

Signature du salarié

Nom et signature du représentant  
+ cachet de l'entreprise

à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_



Transmission plus rapide... adressez le dossier directement à :

[portabilite@cgrm.fr](mailto:portabilite@cgrm.fr)

Un accusé de réception et le délai de traitement vous sera communiqué immédiatement

Il n'est plus nécessaire dans ce cas de nous transmettre les éléments par courrier

Sinon, vous pouvez toujours l'envoyer à l'adresse suivante:

**CGRM**  
**Service ADHESION**  
**TSA 51 001 - 59952 DUNKERQUE CEDEX 1**