Audiens
Santé Prévoyance

Institution de prévoyance : autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par les Titre III et V du Livre IX Code de la Sécurité sociale.
74 rue Jean Bleuzen • 92170 Vanves • www.audiens.org

Merci de compléter impérativement votre **Numéro de Sécurité sociale** ci-dessous

Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agrafer les documents**.

à retourner à :
Audiens Gestion Entreprises Affiliations
TSA 30400
92177 Vanves Cedex

**0173 173 932**
**puis tapez 2**

# Demande de portabilité Prévoyance et/ou Santé

À compléter par l'employeur

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

**Numéro de SIRET figurant sur le bulletin de salaire** . _ .

**Raison sociale** _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____ Courriel _____

## IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Date d'embauche du salarié _____
Indiquez la date du dernier contrat de travail ou du 1er des derniers contrats consécutifs de l'ancien salarié.

Date de cessation du contrat de travail _____

**Motif de cessation du contrat de travail :**

Licenciement sauf en cas de faute lourde

Rupture conventionnelle du CDI

Fin du CDD

Rupture pour motif légitime et sérieux du CDD

Démission légitime

Fin du contrat d'apprentissage

Fin de la période d'essai

## CATÉGORIE DU SALARIÉ

**Catégorie à laquelle appartient le salarié**

Cadre permanent et assimilés Non cadre permanent

Profession _____

POAD1W

IMP
ENT

TOUT EFFACER

02/2022

Audiens
Santé Prévoyance

Merci de compléter impérativement votre **Numéro de Sécurité sociale** ci-dessous

Institution de prévoyance : autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par les Titre III et V du Livre IX Code de la Sécurité sociale.
74 rue Jean Bleuzen • 92170 Vanves • www.audiens.org

Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agrafer les documents**.

à retourner à :
Audiens Gestion Entreprises Affiliations
TSA 30400
92177 Vanves Cedex

**0173 173 932**
**puis tapez 2**

## À compléter par le salarié

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____ Pseudonyme _____

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Né(e) le _____ Ville et pays de naissance _____

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____ Mobile _____

Courriel _____

## ☐ PORTABILITÉ DES GARANTIES SANTÉ

Durée du maintien des garanties santé : _____ mois (maximum 12 mois).

La durée du maintien doit être égale à la durée, en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs.

| Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires à couvrir | Bénéficiaires | |
|---|---|---|
| | ☐ Conjoint(e)<br>☐ Concubin(e)<br>☐ Pacsé(e) | Né(e) le _____ à (ville et pays) _____<br>N° de Sécurité sociale _____ |
| | Enfant à charge | Né(e) le _____ à (ville et pays) _____<br>N° de Sécurité sociale _____ |
| | Enfant à charge | Né(e) le _____ à (ville et pays) _____<br>N° de Sécurité sociale _____ |
| | Enfant à charge | Né(e) le _____ à (ville et pays) _____<br>N° de Sécurité sociale _____ |
| | Enfant à charge | Né(e) le _____ à (ville et pays) _____<br>N° de Sécurité sociale _____ |

POAD1W

IMP
ENT

Audiens
Santé Prévoyance

Merci de compléter impérativement votre **Numéro de Sécurité sociale** ci-dessous

Institution de prévoyance : autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par les Titre III et V du Livre IX Code de la Sécurité sociale.
74 rue Jean Bleuzen • 92170 Vanves • www.audiens.org

Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agrafer les documents**.

à retourner à :
Audiens Gestion Entreprises Affiliations
TSA 30400
92177 Vanves Cedex

**0173 173 932**
**puis tapez 2**

## ☐ PORTABILITÉ DES GARANTIES PRÉVOYANCE

Durée du maintien des garanties prévoyance : ___ mois (maximum 12 mois).

La durée du maintien doit être égale à la durée, en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs de votre ancien salarié.

**Important : pour bénéficier de la portabilité, l'ancien salarié doit fournir chaque mois un avis de situation Pôle Emploi précisant l'indemnisation ou la prise en charge ultérieure par le régime d'Assurance Chômage.**

**En cas de rupture de contrat pendant un arrêt maladie, le salarié devra fournir les justificatifs d'arrêt en lieu et place des justificatifs Pôle Emploi.**

**L'ancien salarié a aussi pour obligation d'informer Audiens Santé Prévoyance si le versement de ses allocations chômage cesse ou si il reprend une activité.**

Fait à _____ Le __/__/____

Signature et cachet de l'entreprise

POAD1W

IMP
ENT

**Dématérialisation**
Dans le cadre de la présente relation contractuelle, Audiens Santé Prévoyance se réserve le droit de poursuivre la relation sur un support durable autre que le papier. Vous bénéficiez néanmoins du droit de vous y opposer et de demander à recevoir la documentation contractuelle au format papier ☐ Je m'oppose au support durable autre que le papier. Par ailleurs, vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment et par tout moyen, auprès de votre interlocuteur habituel.

**Protection des données à caractère personnel**
Les informations vous concernant, collectées dans la présente demande d'affiliation, sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat souscrit. Elles peuvent, dans ce cadre, être transmises à des sous-traitants. Ces données sont conservées pour la durée nécessaire à la gestion et l'exécution de votre affiliation par Audiens Santé Prévoyance puis jusqu'à expiration des délais légaux de prescription applicables en assurance de personnes. ☐ Je m'oppose à l'utilisation de ces données par Audiens Santé Prévoyance pour la présentation de ses produits. ☐ J'accepte que celles-ci soient communiquées à d'autres entités du Groupe Audiens afin qu'elles me présentent leurs solutions. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez, dans les conditions et limites prévues par la réglementation et sous réserve de justifier de votre identité, de droits d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Ces droits peuvent être exercés : par courrier électronique adressé à dpo@audiens.org ; par courrier postal adressé à DPO - Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES.

**Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme - Lutte contre la fraude**
Les informations recueillies lors de votre affiliation à Audiens Santé Prévoyance et de la gestion de votre couverture peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier. Ces informations sont également susceptibles d'être utilisées à des fins de lutte contre la fraude.

**Bloctel**
Vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr.