



DISPOSITIF ANI
DEMANDE INDIVIDUELLE DE MAINTIEN DES GARANTIES OU
DE RENONCIATION AU MAINTIEN DES GARANTIES

INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE :

A remplir conjointement par l'Entreprise et le Salarié en 5 exemplaires

ENTREPRISE: Raison sociale : <input type="text"/>	CONTRAT QUATREM SANTE N° : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	COLLEGE ASSURE : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	CONTRAT QUATREM PREVOYANCE N° : <input type="text"/>
Ville : <input type="text"/>	COLLEGE ASSURE : <input type="text"/>

LE SALARIE : Nom : <input type="text"/>	Nom de jeune fille : <input type="text"/>	Prénom(s) : <input type="text"/>
Né(e) le : <input type="text"/>	Numéro de Sécurité Sociale : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>		
Code Postal : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	

CONTRAT DE TRAVAIL : Date d'entrée dans l'entreprise : <input type="text"/>	
Date de la cessation du contrat de travail : <input type="text"/>	CDD : <input type="checkbox"/> CDI : <input type="checkbox"/>

DUREE MAXIMALE DU MAINTIEN DES GARANTIES égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et ce dans la limite de 9 mois (Veuillez cocher une seule case).

1 MOIS
 2 MOIS
 3 MOIS
 4 MOIS
 5 MOIS
 6 MOIS
 7 MOIS
 8 MOIS
 9 MOIS

Je demande le maintien de l'ensemble des garanties souscrites par mon ancien employeur, au titre de l'article 14 de l'ANI du 11/01/2008.

Les garanties cesseront en tout état de cause à la date de reprise d'une activité professionnelle, à la date de liquidation de ma retraite quelle qu'en soit la cause, à la date de cessation de l'allocation ou de la radiation de l'Assurance Chômage.

CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dès le lendemain de la rupture du contrat de travail dès lors que la cotisation ci-dessous est réglée et sous réserve que le salarié n'exerce pas son droit à renonciation dans les 10 jours suivant la rupture du contrat de travail.

Le formulaire est à retourner complété, signé et accompagné du règlement de la cotisation sur la durée de l'adhésion à votre apporteur dans les 30 jours maximum qui suivent la date de rupture du contrat de travail, à défaut la demande d'adhésion sera refusée.

Cotisation unique payable d'avance - calculée selon les dispositions contractuelles		Part Patronale	Part Salariale	Total
Santé	Cotisation unique payable d'avance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prévoyance	Cotisation unique payable d'avance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total (chèque joint) :				<input type="text"/>

ENTREPRISE Je soussigné(e) <input type="text"/> agissant en qualité de <input type="text"/> certifie de l'exactitude des déclarations ci-dessus
Fait à : <input type="text"/>
Le : <input type="text"/>
En 5 exemplaires
Signature et cachet de l'entreprise

SALARIE Je soussigné(e) <input type="text"/> certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus, et reconnais avoir reçu copie des dispositions contractuelles relatives à l' ANI.
Fait à : <input type="text"/>
Le : <input type="text"/>
En 5 exemplaires
Signature du salarié

Renonciation Le salarié peut renoncer dans un délai de 10 jours à compter de la date de cessation du contrat de travail à bénéficier de la demande de maintien des garanties.
Je soussigné(e) <input type="text"/> renonce au bénéfice du maintien des garanties issu de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008.
Date : <input type="text"/> Signature du salarié : <input type="text"/>

Conformément à la Loi n°78-17 du 6/01/78, vous êtes habilité à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers à usage de QUATREM Assurances Collectives, en écrivant au service clients QUATREM 59-61, rue La Fayette BP 46009 75423 PARIS cedex 09.