apgis Institution de prévoyance

BULLETIN DE DEMANDE DE MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE

Bulletin à compléter et à remettre à votre ancien employeur qui l'adressera à l'APGIS
apgis@apgis.com à l'attention de FICHIER INTERPRO

ENTREPRISE **CODE BR**

PARTIE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

Cachet de l'entreprise

Date d'entrée dans l'entreprise |___|___|___|___|___|___|___|___|

Date de cessation du contrat de travail |___|___|___|___|___|___|___|___|

Durée du maintien des garanties Prévoyance |_____| **mois (maximum 12 mois)**

Situation professionnelle (*) ❒ CDI ❒ CDD

Salaire annuel de référence |_____| €

Motif du départ (*) ❒ Licenciement *(sauf faute lourde)* ❒ Rupture conventionnelle

❒ Fin de CDD ❒ Démission légitime

PARTIE A COMPLETER PAR LE SALARIE

❒ Mr ❒ Mme ❒ Mlle NOM …… Prénom ……

N° Sécurité sociale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Clé |___|___|

Adresse ……

Code postal |___|___|___|___|___| Ville……..

J'ai pris bonne note que les garanties PREVOYANCE hors MAINTIEN DE SALAIRE exclu du dispositif, sont maintenues sans contrepartie de cotisation.

Par ailleurs, en cas de reprise d'une activité professionnelle ou de suspension de mon indemnisation au titre de l'assurance chômage au cours de la période de maintien, je m'engage à informer l'APGIS.

Je certifie avoir pris connaissance de la note d'information relative au maintien des garanties Prévoyance en cas de cessation du contrat de travail, et en accepter les dispositions énoncées dans celle-ci.

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à l'Institution, responsables du traitement, à des fins de gestion, d'analyse et de suivi de vos contrats ; elles pourront être transmises aux partenaires contractuellement liés pour les besoins de gestion. Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit d'écrire à : **APGIS - Service Informatique et Libertés TSA 20303 – 94685 Vincennes Cedex**

A ..... Le |___|___|___|___|___|___|___|___| Signature du salarié :

(*) Cocher la case correspondante