BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
MAINTIEN DES GARANTIES PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

SOCIETE : COMPASS

Nom _____ **Prénom** _____

N°Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse _____

Code Postal | | | | | **Ville** _____

N°Téléphone | | | | | | | | | **Adresse e-mail** _____ @

Je m'engage à informer le CGAM-JP Colonna de toute modification concernant mes droits à l'allocation chômage.

J'atteste avoir pris connaissance des dispositions suivantes :

- Le maintien des garanties cesse dès lors que je ne peux plus justifier du droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage,
- Le maintien des garanties cesse au terme de la durée maximale prévue ci-dessous,
- Le maintien des garanties cesse dès lors que le dossier complet n'est pas retourné au CGAM **dans les 15 jours qui suivent la rupture du contrat de travail**,
- **En cas de non-exécution d'un prélèvement ou de chèque impayé, quelle qu'en soit la cause (insuffisance de provision, opposition, etc.), l'affiliation est immédiatement résiliée sans préavis, entraînant la perte des garanties pour la période restant à courir.**

Fait à ..... le ...../...../..... ***Signature précédée de « Lu et Approuvé »***

CADRE RESERVÉ A L'ENTREPRISE

Durée maximum du maintien des garanties :……mois **La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois.**		**Option mutuelle au moment du départ :** ……
SANTE	Date de début de couverture : ……/……/……	Date théorique de fin de couverture : ……/……/……
PREVOYANCE	Date de début de couverture : ……/……/……	Date théorique de fin de couverture : ……/……/……

SALAIRE [1]	Tranche A : ……€	Tranche B : ……€	Tranche C : ……€

	COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS PART PATRONALE	PART SALARIALE	CSG-CRDS A LA CHARGE DU SALARIE
SANTE	……€[2]	……€[2]	……€
PREVOYANCE	……€[2]	……€[2]	……€
TOTAL MENSUEL	……€	……€	
Montant dû par le salarié s'il s'acquitte de la totalité de la cotisation en une seule fois (hors 1er mois)		……€	

1 Salaire moyen des 12 derniers mois à l'exclusion du solde de tout compte.
2 Taux part salariale (PS) et taux part patronale (PP) : EMPLOYE P.S. 0,25/ P.P. 0,67 – MAITRISE P.S. 0,82/ P.P. 0,84 – CADRE P.S. 1,09 / P.P. 2,89

Attention, les montants indiqués ci-dessus sont calculés en fonction des taux en vigueur dans l'entreprise à la date de rupture du contrat de travail du salarié. Ils peuvent être modifiés en cas d'évolution des taux ou des répartitions applicables dans l'entreprise et en cas de changement de la réglementation.

PIECE(S) A JOINDRE AU DOSSIER

Vous devez adresser votre dossier au : **CGAM - JP COLONNA SAS** 5 Avenue de Lattre de Tassigny 41200 ROMORANTIN LANTHENAY

- **Si vous bénéficiez d'un maintien des garanties d'une durée supérieure à 1 mois,** vous devez joindre votre relevé d'identité bancaire et remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous (si vous réglez vos cotisations en une seule fois, vous devez joindre un chèque ou un mandat cash libellé à l'ordre de JP COLONNA SAS dont le montant indiqué ci-dessus correspond à la part salariale des cotisations majorée de la CSG-CRDS pour la durée maximale du maintien des garanties qui vous est applicable).
- Rappel : Vous devez adresser le justificatif de votre situation au regard du Pôle Emploi dans les meilleurs délais.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS Numéro National d'Emetteur : 006061

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte du montant de tout avis de prélèvement qui sera remis à mon nom par CGAM - JP COLONNA SAS.
Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrais régler le différend avec l'organisme ci-dessus désigné. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adressez, ni éventuellement, de leur non-exécution.

Désignation du Titulaire du compte à débiter	**Désignation de l'Etablissement teneur du compte à débiter**
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ _____	Banque : _____ Adresse : _____ Complète _____

COMPTE A DEBITER

Code Etablissement	Code Guichet	N°de compte	Clé

Fait à .....le ...../...../.....

Signature du titulaire du compte à débiter :

Conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, il est précisé que les personnes sur lesquelles portent ces informations nominatives ont le droit d'en obtenir communication et d'en exiger, le cas échéant, la rectification.
Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la Commission In formatique et Libertés.

CGAM - JP COLONNA SAS 5 Avenue de Lattre de Tassigny 41200 ROMORANTIN LANTHENAY
Tél. 02.54.76.91.01 – Fax. 02.54.76.99.67 - E-mail : compass@jpcolonna.fr - Site internet : www.cgam.fr