MCA
Mutuelle Complémentaire d'Alsace
6, route de Rouffach - 68027 Colmar Cedex - Tél. 03 89 20 80 00 - Fax : 03 89 24 98 37
Mail : info@mc-alsace.fr - Internet : www.mc-alsace.fr
lignes adhésion : 03 89 20 80 24 ou 03 89 20 80 25
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 778 900 027

DEMANDE DE PORTABILITÉ DES DROITS DE GARANTIE SANTÉ

ENTREPRISE

Raison sociale ..... N° entreprise MCA.....
Adresse .....
Code postal..... Ville.....
Lieu de travail ou établissement de rattachement.....

ADHÉRENT PRINCIPAL

Nom ..... Prénom.....
Né(e) le ..... Numéro de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'effet de la rupture de contrat : .....
Motif : ☐ Licenciement hors faute lourde ☐ Fin de CDD ☐ Démission pour motif légitime
☐ Rupture conventionnelle ☐ Autre (préciser).....

PORTABILITÉ DE LA GARANTIE SANTÉ

☐ **Demande à ne pas faire bénéficier l'adhérent ci-dessus de cette garantie suite à sa renonciation.**
☐ **Demande à faire bénéficier de la portabilité de la garantie santé l'assuré ci-dessus** dans les mêmes conditions financières
à compter du.....jusqu'au .....
☐ **Demande à arrêter la portabilité**
le.....jusqu'au .....

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande.
fait à : .....
le : .....
Cachet et signature de l'employeur :

FINANCEMENT DU MAINTIEN DE GARANTIE

LA QUOTE-PART DE COTISATION SALARIALE SERA RÉGLÉE PAR :
☐ **Le versement immédiat du montant de la totalité des cotisations à l'employeur (prise en compte dans le solde de tout compte)**
☐ **La mise en place d'un prélèvement automatique mensuel par la MCA (tous les 5 du mois, compléter l'autorisation de prélèvement ci-après)**
Répartition de la cotisation mensuelle :
Part patronale : ..... en % du PMSS ..... en €
Part salariale : ..... en % du PMSS ..... en €
☐ **Une autre modalité de versement (à préciser)**.....
.....

Personne à contacter pour tout renseignement fourni sur ce bulletin :
.....
N°de téléphone : .....

SIGNATURE DU SALARIÉ

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.
fait à : .....
le : .....
Signature :

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	NOM ET ADRESSE DE VOTRE ÉTABLISSEMENT BANCAIRE	NUMÉRO D'ÉMETTEUR	DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR (OU CRÉANCIER)
Nom :		Banque 119 504 C.C.P. 360724	MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE D'ALSACE **MUT. COMP. ALSACE** 6 route de Rouffach 68027 COLMAR CEDEX
Rue :			
C. Postal |_|_|_|_|_| Ville :			
N° du compte chèques :			

je soussigné(e), prie Monsieur le Directeur ou Chef de l'Établissement teneur de mon compte, désigné ci-dessus, de payer par prélèvement sur l'avoir de ce dernier, le montant des ordres (ou avis) de prélèvements établis à mon nom, qui seront présentés par **LA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE D'ALSACE.**
Je reconnais que :
- L'établissement teneur du compte à débiter ne sera pas tenu de m'aviser de l'exécution ou de la non-exécution de ces opérations.
- En cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme encaisseur (ou créancier).
- Je ne peux refuser l'exécution d'un prélèvement isolé.

AUTORISATION DE L'ADMINISTRATION DES P.T.T. N° 20-80 DU 11.02.1980

À : .....
le : .....
Signature du titulaire du compte à débiter

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL.