

ATTENTION : Le présent formulaire est réservé aux assurés Chorum en situation de portabilité. L'étude de la demande de prestation est réalisée après vérification des droits à portabilité dont bénéficie l'assuré(e). La liste des pièces complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier sera transmise dans un deuxième temps au notaire en charge de la succession. Cette liste sera établie en fonction de la clause bénéficiaire applicable (clause type ou désignation expresse).

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : | J | J | M | M | A | A |

N° SS : | | | | | | | | | | | | | | | |

2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DÉCÈS

Date du décès : | J | J | M | M | A | A |

Le décès résulte :

d'une mort naturelle

d'un accident, en date du : | J | J | M | M | A | A |

autre, préciser :

Le décès fait-il suite à un arrêt de travail ou une mise en invalidité ? Oui Non

Si **OUI**, date d'arrêt ou de mise en invalidité : | J | J | M | M | A | A |

3 EMPLOI OUVRANT DROIT AU(X) GARANTIE(S)

Employeur :

Date d'embauche dans la structure : | J | J | M | M | A | A |

Date de rupture du contrat de travail : | J | J | M | M | A | A |

4 SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e)

Concubin Divorcé(e)

Pacsé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) à charge : | | |

5 NOTAIRE EN CHARGE DE LA SUCCESSION

Etude :

Adresse :

.....

Tél. :

Email :

6 DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DÉCLARATION

Acte de décès

Douze bulletins de salaire précédant la rupture du contrat de travail

Copie du certificat de travail précisant le motif de la rupture du contrat de travail

Attestation de prise en charge par le pôle emploi précisant la date de début et de fin des droits

7 Toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle est susceptible d'entraîner une demande de remboursement des prestations versées (Art. L221-14 du Code de la Mutualité), sans préjudice d'éventuelles poursuites.

Fait à le

Nom :

Tél. :

Email :

Signature :

NB : Les équipes Chorum se réservent la possibilité de prendre contact avec votre ancien employeur afin de valider les conditions d'application de la présente demande.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à l'usage interne de la mutuelle. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition par simple courrier à l'adresse ci-contre.