

ATTENTION : Le présent formulaire est réservé aux assurés Chorum en situation de portabilité. La prise en charge du dossier est réalisée après vérification des droits à portabilité dont bénéficie l'assuré(e).

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

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

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

Tél. :

Email :

2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'INVALIDITÉ

Date de mise en invalidité / incapacité : | J | J | M | M | A | A |

En cas d'invalidité préciser,

1^{ère} catégorie

2^{ème} catégorie

3^{ème} catégorie

En cas d'incapacité professionnelle préciser,

Taux compris entre 33 et 66 %

Taux supérieur ou égal à 66 %

NB : L'incapacité avec un taux inférieur à 33 % n'ouvre pas droit à prestation

Cette mise en invalidité / incapacité fait-elle suite à un arrêt de travail ? Oui Non

Si **OUI**, date d'arrêt : | J | J | M | M | A | A |

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

Employeur :

Date d'embauche dans la structure : | | | | | | | |

Date de rupture du contrat de travail : | | | | | | | |

4 DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DÉCLARATION

Douze bulletins de salaire précédant la rupture du contrat de travail

Notification d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale précisant le montant définitif de la rente

Attestation de ressources relative au 1^{er} mois d'invalidité dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives le cas échéant

Relevé d'Identité Bancaire (**RIB**)

Dernier **avis d'imposition** de l'assuré

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

Si applicable, **attestation récapitulative de la Sécurité Sociale** précisant les périodes indemnisées à compter du début d'arrêt de travail mentionné en (2)

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.

5 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

Signature :