Chapitre 1 Avis de radiation

Pour suppression de la garantie frais de santé AGRI Prévoyance

(anciennement CAMARCA Prévoyance)

A retourner impérativement à votre MSA
dès que vous avez connaissance de la date de sortie de votre salarié

Entreprise

N° entreprise (SIRET) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Raison Sociale_____

Adresse_____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

Téléphone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Salarié(e)

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom patronymique _____ Prénom _____

Nom marital_____

Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

N° SS |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Adresse_____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

FIN / SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Date de fin ou de suspension du contrat de travail *(y compris préavis effectué ou non)*								

Motif de fin ou de suspension du contrat de travail *(merci de cocher la case correspondante)*

	Démission		Congé parental
	Licenciement		Congé formation
	Fin de contrat (CDD, intérimaire …)		Congé sabbatique
	Décès		Autre motif (à préciser)

A…… le…….. Cachet ou/et signature de l'entreprise

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle garantit au participant, pour les données le concernant, un droit d'accès et de rectification auprès de l'institution destinataire de la demande. Les données ainsi communiquées ne peuvent être transmises à des tiers sans autorisation expresse du participant.