Avis de sortie pour suppression de la garantie frais de santé ANIPS

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

ENTREPRISE

N° SIRET _____

Raison Sociale _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Téléphone _____

SALARIE(E)

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

NOM _____ PRENOM _____

Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__| N° Sécurité Sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____

FIN DE CONTRAT

Date |__|__|__|__|__|__|__|__|

Motif _____

Fait à _____

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature et cachet de l'entreprise