



EN PARTENARIAT AVEC



DEMANDE DE RESILIATION D'OPTION DE GARANTIE

* A retourner à votre MSA

Entreprise

N° SIRET :

Raison Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Salarié(e)

M.

Mme

Mlle

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° SS :

Adresse :

Code postal : Ville :

Résiliation d'option dans les conditions prévues par l'accord (voir les conditions au verso)

Date d'effet :/...../.....

Fait le,
Signature du salarié



Conditions de résiliation d'option :

- Immédiatement, en cas de changement de situation sous réserve que la demande soit faite dans un délai de 2 mois suivant la modification et que la cotisation soit réglée.
- Au 1^{er} janvier de chaque année en respectant un préavis de deux mois.