

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)

<input type="checkbox"/>	Démission	<input type="checkbox"/>	Congé parental
<input type="checkbox"/>	Licenciement	<input type="checkbox"/>	Congé formation
<input type="checkbox"/>	Fin de contrat (CDD, intérimaire...)	<input type="checkbox"/>	Congé sabbatique
<input type="checkbox"/>	Décès	<input type="checkbox"/>	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.