

RADIATION DU PARTICIPANT à un régime de prévoyance et/ou Frais de santé

à adresser au plus tard dans le mois suivant la rupture ou la suspension du contrat de travail

A adresser à : **Groupe NOVALIS TAITBOUT - ASSURANCE DE PERSONNES**
45777 Saran Cedex

☎ **N°Cristal 0 969 39 71 71** - Fax : 01 58 82 40 65

APPEL NON SURTAXE

Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande. Le responsable du traitement est votre organisme assureur.

ENTREPRISE

(Mention obligatoire)

N° établissement de gestion

P1

Raison Sociale

Adresse

Code Postal Bureau distributeur N° téléphone

N° Sécurité sociale

PARTICIPANT

Nom usuel Prénom

Adresse

Code Postal Bureau distributeur N° téléphone

RADIATION

MOTIF DU DÉPART :

- Licenciement Démission Départ en retraite Rupture conventionnelle
 Décès Suspension du contrat de travail
 Mutation Indiquer les coordonnées de l'entreprise si celle-ci est adhérente auprès des institutions du Groupe NOVALIS TAITBOUT :

Autre motif :

Date de départ effectif de l'entreprise Date de fin de la période de préavis rémunéré
(effectuée ou non)

Le salarié est-il en arrêt de travail à la date de la radiation ? OUI NON

MAINTIEN A.N.I. (Article I4) : OUI NON (refus du participant)

Si OUI, date de fin du maintien



La durée de maintien est égale à la durée du contrat de travail dans l'entreprise, sans pouvoir excéder 9 mois.

Base de cotisation (selon dispositions du contrat) :

RÉSERVÉ À L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et m'engage à informer l'institution de toute modification ultérieure.

Fait à le Signature et cachet de l'entreprise :