

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

À adresser à : **NOVALIS - ASSURANCE DE PERSONNES**

93 rue Marceau - 93187 Montreuil Cedex -  **N° Cristal 0 969 39 93 33** - Fax : 01 58 82 41 52

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

PGM

Raison Sociale

Adresse

Code Postal Bureau distributeur N° téléphone

N° de 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 14) : 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 :

Merci de nous communiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne à contacter, en cas de demande de renseignements complémentaires :