

DEMANDE DE RESILIATION D'OPTION DE GARANTIE

A adresser à votre Caisse de MSA

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 _____

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

Date d'effet : _____

Fait à _____

Le _____

Signature du salarié



Anjps

EN PARTENARIAT AVEC





EN PARTENARIAT AVEC



Conditions de résiliation d'option famille ou radiation d'ayant droit :

- 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 1er janvier de chaque année en respectant un préavis de deux mois.



EN PARTENARIAT AVEC

