Caisse d'Assurances Sociales

Partenaire Securex

N°: _____

Nom: _____

Déclaration de démission

Le (la) soussigné(e):

Nom: _____

Prénoms: _____

Profession: _____

Date de naissance: __ __ - __ __ - __ __ __ __
Jour *Mois* *Année*

Domicilié(e) à

Rue: _____

Numéro: _____ Bte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

légalement affilié(e) à la Caisse d'Assurances Sociales (1)

_____

_____

_____

_____

sous le numéro national: __ __ __ __ __ __ - __ __ __ - __ __

déclare formellement démissionner de ladite Caisse d'Assurances Sociales
et adhérer à la Caisse Libre d'Assurances Sociales SECUREX INTEGRITY.

Date _____ / _____ / _____ (2)

Signature précédée des mots "Lu et approuvé" (2)

_____

(1) Indiquer la dénomination de la Caisse d'Assurances Sociales.
(2) La date et la mention "Lu et approuvé" **doivent être écrites de main propre par l'assuré.**

916F012 - 20070110