



Partenaire Securex

N°: _____

Nom: _____

Déclaration de démission d'une société

Le (la) soussigné(e):

Nom: _____

Prénoms: _____

Agissant en qualité de: _____

De la société: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Bte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Numéro d'entreprise: _____ - _____ - _____

légalement affilié(e) à la Caisse d'Assurances Sociales en vertu de la loi du 30.12.1992 ⁽¹⁾

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 à la main par le mandataire.