

Convention Collective Nationale de la Coiffure

Bulletin de radiation Frais de santé

En cas de refus ou d'une impossibilité de bénéficier du Dispositif de Portabilité

A transmettre au plus tard avant le fin du mois de sortie du salarié à la mutuelle locale

Raison Sociale / Société : _____

Etablissement : _____

Mutuelle Gestionnaire : _____

A COMPLETER PAR LE SALARIE

M. Mme Mlle

NOM (de jeune fille) : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Date de naissance : Adresse mail :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : /

Je soussigné, demande à bénéficier pour moi-même et mes ayants droit inscrits le maintien dans le mutuelle au titre du contrat facultatif d'accueil.

Je m'engage à restituer ma carte de tiers payant dès la fin effective de mon contrat de travail.

MOTIF DE SORTIE

A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

Retraite

Retraite anticipée

Démission

Autre motif (*Préciser*)

Suspension du contrat de travail

Fin de contrat à durée déterminée

Licenciement

Date d'effet :

IMPORTANT : VALIDATION PAR L'ENTREPRISE

Renseignements correspondant aux informations enregistrées par l'entreprise

Fait à :

Le :

Cachet et signature de l'entreprise