

## Avis de radiation

**Pour suppression de la garantie frais de santé AGRI Prévoyance  
(anciennement CAMARCA Prévoyance)**

**A retourner impérativement à votre MSA  
dès que vous avez connaissance de la date de sortie de votre salarié**

### Entreprise

N°entreprise (SIRET)

Raison Sociale

Adresse

Code Postal

Ville :

Téléphone

Fax

### Salarié(e)

M.  Mme  Mlle  Nom patronymique

Prénom

Nom marital

Date de naissance

N°SS

Adresse

Code Postal

Ville :

### **FIN / SUSPENSION DEU CONTRAT DE TRAVAIL**

Date de fin ou de suspension du contrat de travail (y compris préavis effectué ou non)

Motif de fin ou de suspension du contrat de travail (Merci de cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	Démission	<input type="checkbox"/>	Congé parental
<input type="checkbox"/>	Licenciement	<input type="checkbox"/>	Congé formation
<input type="checkbox"/>	Fin de contrat (CDD, intérimaire, ...)	<input type="checkbox"/>	Congé sabbatique
<input type="checkbox"/>	Décès	<input type="checkbox"/>	Autre motif (à préciser)

A..... le .....

Cachet ou/et signature de l'entreprise