À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :
SIRET

N° Entreprise

BORDEREAU DE RADIATION
au régime obligatoire complémentaire de couverture des
FRAIS DE SANTÉ
des **SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

SPECIMEN

LES SALARIÉS

NOM	PRÉNOM	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	RADIATION		
			DATE	MOTIF*	TYPE DE SUSPENSION**

*Motif de la demande de radiation
CDD = fin de Contrat à Durée Déterminée, **DC** = Décès, **DE** = Démission, **DR** = Départ en retraite, **IN** = Invalidité sans rémunération, **LI** = Licenciement
MU = Mutation entre organismes, **PE** = fin de période d'essai, **RC** = rupture conventionnelle
SC = Suspension temporaire du contrat de travail sans rémunération

** **Si code SC, préciser le type** (congé parental supérieur à un an, congé sans solde, congé formation supérieur à un an, congé création d'entreprises...)

Fait à ..... , le |_|_|_|_|_|_|
Signature de l'employeur

Qualité du signataire .....
Cachet