



ESAS05214

**AVIS DE RADIATION DE LA COUVERTURE OBLIGATOIRE  
COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE**

A retourner à la MSA LANGUEDOC  
Par courrier : TSA 54801 / 48007 MENDE cedex

*Ce formulaire tient lieu de justificatif pour l'arrêt de l'appel des cotisations  
sur la complémentaire santé.*

**ENTREPRISE**

N° entreprise (SIRET)

Raison Sociale

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone

Mail

**SALARIE(E)**

M. Mme Mlle Nom

Prénom

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° Sécurité Sociale

Adresse

Code Postal

Ville

**DATE DE FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (y compris préavis effectué ou non)

A \_\_\_\_\_ le ..... / ..... / .....

Cachet et signature de l'entreprise :