



Avis de sortie collectif

Veillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie. Des formulaires correctement et entièrement remplis permettent un traitement rapide sans perte de temps.

1. Société

Nom N° de membre/de contrat

2. Personnes à assurer

Nom/Prénom	n° d'assurance sociale	Date de naissance	Date de sortie	Rue, n°	NPA	Lieu
1.)						
2.)						
3.)						
4.)						
5.)						
6.)						
7.)						

Si une personne assurée ne dispose pas de sa pleine capacité de travail à la date de son départ suite à une maladie ou à un accident, veuillez l'indiquer ici:

Lieu Date Sceau et signature de la société