

FICHE DE LIAISON ELISCAP - Prévoyance

Nous soussignés, la Société _____

Vous remercions de bien vouloir enregistrer les modifications suivantes, ceci dans le cadre de notre contrat «MALADIE » N° _____

SORTIES DES EFFECTIFS (merci de nous retourner la carte santé) :

NOMS	PRENOMS	N° SECURITE SOCIALE	DATES D'EFFET

Changements d'adresses (joindre copie de l'attestation qui accompagne la CARTE VITALE)

NOMS	PRENOMS	NOUVELLES ADRESSES	DATES D'EFFET

Changements de références bancaires (joindre un Relevé d'Identité Bancaire)

Rajouts d'enfant (joindre un acte de naissance ou certificat d'adoption + copie attestation carte Vitale)

NOMS	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	DATES D'EFFET

EN CAS DE BESOIN D'UN BENEFICIAIRE MERCI DE REMPLIR UN NOUVEAU BULLETIN D'ADHESION

Joindre attestation de Sécurité Sociale des bénéficiaires.

Le ___/___/___

Signature et cachet de la Société

ELISCAP-Prévoyance
Parc d'Activités de la Cessoie
1, rue Simon-Vollant
59130 LAMBERSART

TEL : 03 62 72 22 99 – FAX : 03 20 08 23 65