Dénonciation Atexa

Modèle à recopier ou à compléter
En précisant les coordonnées du nouvel organisme assureur

Le chef d'exploitation ou d'entreprise ou membre de société ou le cotisant solidaire

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Insee : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

Les autres assurés : conjoint, aide familial, associé d'exploitation
(sauf si l'assuré est cotisant solidaire)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

Statut : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

Statut : .....

déclare dénoncer mon affiliation donnée à *(nom et adresse de l'organisme assureur actuel)* :

.....

et demande à être affilié(e), à compter du 1er janvier ....., à *(nom et adresse de l'organisme assureur souhaité)* :

.....

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature,

Réf. 121 001 – Novembre 2010