

Déclaration de Situation des Cotisations Salariales par la Compagnie d'Assurance

Nous soussignés :

Raison sociale de la compagnie d'assurance

Adresse :

Confirmons que :

Monsieur/Madame

Nom et prénom de l'affilié

Né (e) le : / / CIN N° : / / Matricule CIMR N° :

Ex-employé (e) des sociétés suivantes :

	Raison Sociale	N° d'adhérent CIMR	Période d'activité	Remboursement
1			Du: / / au: / /	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2			Du: / / au: / /	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3			Du: / / au: / /	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

N'a jamais demandé le remboursement de ses cotisations salariales et que son compte de capitalisation est encore détenu par notre compagnie

A demandé le remboursement de ses cotisations salariales au titre des adhérents mentionnés ci-dessus et que son compte de capitalisation n'est plus détenu par notre compagnie

Le montant des cotisations remboursées s'élève à :

Observations

.....

.....

.....

Fait à le

Cachet et signature

Nom du signataire