

## DEMANDE DE RADIATION DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CADRES

### L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE .....

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT .....

N° SIREN ..... N° SIRET .....

N° DE CONTRAT .....

INTERLOCUTEUR DE L'ENTREPRISE ..... FONCTION .....

TÉLÉPHONE ..... COURRIEL ..... @ .....

### L'ASSURÉ

Nom	Prénom	N° de Sécurité sociale	Date d'entrée dans l'entreprise	Radiation	
				Date	Motif*
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Si le motif de radiation donne lieu à portabilité des droits, veuillez télécharger depuis votre Espace Client Employeur (<http://employeur.assurcoll-lbpas.fr>) le formulaire correspondant et nous le retourner complété et signé.

Fait à ..... le, .....

Signature de l'employeur

Qualité du signataire .....

Cachet

#### Document à retourner par courrier :

La Banque Postale Assurance Santé  
TSA 10245 - 78281 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX

#### Pour contacter un Conseiller :

**0 810 90 24 54** Service 0,06 € / min  
+ prix appel

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

#### \* Motif de la demande de radiation

- RE : Rupture de période d'essai
- FC : Fin de CDD
- DM : Démission pour motif légitime
- LI : Licenciement individuel ou pour motif éco
- LF : Licenciement consécutif à une faute lourde
- RA : Rupture de contrat d'apprentissage  
ou de professionnalisation
- RC : Rupture conventionnelle
- IN : Invalidité sans rémunération
- SC : Suspension temporaire du contrat  
sans rémunération
- DR : Départ en retraite
- DC : Décès
- DV : Autres cas à préciser