

## MODIFICATION DE LA SITUATION DE L'ENTREPRISE

### L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE .....

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT .....

N° SIREN ..... N° SIRET .....

N° DE CONTRAT .....

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

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

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CADRES

### VOUS DÉCLAREZ :

UN CHANGEMENT DE STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de fermeture de l'établissement .....

UN DÉMÉNAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de déménagement de l'établissement ..... Date de début d'activité .....

Nouveau SIRET ..... Nouvelle enseigne .....

Adresse de l'établissement .....

Numéro de la voie ..... Nom de voie .....

Complément de numéro ..... Complément .....

Localité ..... Code postal ..... Cedex .....

UNE MODIFICATION DE L'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

Numéro de la voie ..... Nom de voie .....

Complément de numéro ..... Complément .....

Localité ..... Code postal ..... Cedex .....

LA CRÉATION D'UN NOUVEL ÉTABLISSEMENT

Date de début d'activité ..... SIRET .....

Enseigne .....

Numéro de la voie ..... Nom de voie .....

Complément de numéro ..... Complément .....

Localité ..... Code postal ..... Cedex .....

UNE NOUVELLE RAISON SOCIALE

Raison sociale ..... Enseigne .....

UNE NOUVELLE ACTIVITÉ

Description de la nouvelle activité .....

Code APE/NAF ..... Nouvelle convention collective appliquée ou IDCC (le cas échéant) .....

UNE CESSATION D'ACTIVITÉ

Merci de bien vouloir nous retourner un extrait K-Bis ou formulaire D1, le procès-verbal pour les associations, la déclaration nominative annuelle de l'exercice en cours.

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