



STAM-EC

Membre du groupe  AG2R LA MONDIALE

www.stam-ec.com

Déclaration entrée / sortie du personnel

Raison sociale : _____

N° adhérent : _____

Adresse : _____

Siret : _____

Date : _____

Déclaration à adresser au Service Affiliation de la STAM-EC

Site de STRASBOURG : 2 rue de Reutenbourg – 67921 STRASBOURG CEDEX 9 – Tél : 03 90 22 84 92 – Télécopie : 03 69 20 13 40 – E-mail : adafcoll67@ag2rlamondiale.fr

Site de MULHOUSE : 143 avenue Aristide Briand – B.P. 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX – Tél : 03 89 56 87 93 – Fax : 03 69 20 13 34 – E-mail : adafcoll68@ag2rlamondiale.fr

Ce document est à compléter pour :

- ▶ toute déclaration de suspension ou radiation de personnel(s) enregistré(s) auprès de l'Institution dans le collège précisé. Merci **de renseigner le motif de Sortie**.
- ▶ toute déclaration d'embauche (ou promotion) ou de reprise après suspension, au titre des couvertures de Prévoyance et Frais de Santé.
 - ✓ Pour valider les droits à prestations en matière de Frais de Santé, **cette déclaration devra impérativement être complétée par l'envoi d'un Bulletin Individuel d'Affiliation** accompagné des annexes nécessaires.
 - ✓ Pour procéder à une désignation particulière au titre de la garantie Décès, le salarié pourra obtenir le document nécessaire sur simple demande.

Collège (ou catégorie)	Nom d'usage (marital, pseudonyme...)	Prénom	N° de Sécurité Sociale	Date de naissance	Date Entrée	Date Sortie	Motif sortie*	Frais santé**	Observations
	Nom de naissance							Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	

(suite au verso)

* Motif Sortie : 01 Décès - 02 Licenciement (hors licenciement pour faute lourde) – 03 Changement de catégorie professionnelle – 04 Invalidité / Inaptitude au travail – 05 Départ en retraite – 06 Licenciement pour faute lourde – 09 Autre motif ouvrant droit à la portabilité - 10 Congé parental, sans solde ou suspension de rémunération – 11 Autre motif n'ouvrant pas droit à la portabilité.

** Frais de Santé : si le collège bénéficie conjointement de garanties de Prévoyance et de Frais de Santé, précisez "OUI" si l'assuré demande à bénéficier de cette dernière, "NON" si l'assuré demande à en être dispensé, en barrant la mention inutile.

NB : Les dispenses d'affiliation à la garantie Santé mentionnées sur la présente seront prises en compte sous la seule responsabilité de l'entreprise et ne sauraient engager la STAM-EC en cas de difficulté rencontrée avec les administrations fiscales ou sociales.

Collège (ou catégorie)	Nom d'usage (marital, pseudonyme...)	Prénom	N° de Sécurité Sociale	Date de naissance	Date Entrée	Date Sortie	Motif sortie*	Frais santé**	Observations
	Nom de naissance							Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	
								Oui Non	

* Motif Sortie : 01 Décès - 02 Licenciement (hors licenciement pour faute lourde) – 03 Changement de catégorie professionnelle – 04 Invalidité / Inaptitude au travail – 05 Départ en retraite – 06 Licenciement pour faute lourde – 09 Autre motif ouvrant droit à la portabilité - 10 Congé parental, sans solde ou suspension de rémunération – 11 Autre motif n'ouvrant pas droit à la portabilité.

** Frais de Santé : si le collègue bénéficie conjointement de garanties de Prévoyance et de Frais de Santé, précisez "OUI" si l'assuré demande à bénéficier de cette dernière, "NON" si l'assuré demande à en être dispensé, en barrant la mention inutile.

NB : Les dépenses d'affiliation à la garantie Santé mentionnées sur la présente seront prises en compte sous la seule responsabilité de l'entreprise et ne sauraient engager la STAM-EC en cas de difficulté rencontrée avec les administrations fiscales ou sociales.