

AVIS DE MUTATION DELEGUES DE L'ENTREPRISE



Entreprise : Contrat no :

FIN DE MANDAT

Représentant(e) Nom, Prénom Date de fin

- des assurés
 de l'entreprise

NOUVEAU MANDAT

Représentant(e) Nom, Prénom E-mail

- des assurés
 de l'entreprise

Date de l'élection/de la nomination

Signature du représentant

.....

Extrait du règlement d'organisation, art. 13 :

« Les délégués sont élus pour une durée de quatre ans, le mandat est renouvelable. Si pour quel que motif que ce soit, les rapports de travail d'un représentant des assurés avec son entreprise cessent, ce représentant perd ipso facto son mandat de représentant des assurés. La fin des rapports de travail coïncide avec la fin du mandat. Dans ce cas, de nouvelles élections ont lieu au sein de l'effectif des assurés ».

Tout changement de représentant doit être annoncé à la Fondation.

Lieu et date : Timbre/Signature de l'employeur :