SÉCURITÉ SOCIALE

l'Assurance Maladie

GERS

DECLARATION MULTI-EMPLOYEURS

Je soussigné(e)
Mr ou Mme .....
Adresse :.....
N° Immatriculation :.....

Déclare avoir été salarié(e), au cours de la période de référence
du ___/___/_____ *au* ___/___/_____ *auprès des employeurs suivants :*

EMPLOYEURS	Date de mon dernier jour de travail	Date de reprise du travail (indiquer NEANT si non repris à ce jour)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Auch le, Signature de l'assuré (e)

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gers
11 rue de Châteaudun - 32012 AUCH Cedex
du lundi au vendredi de 8 h à 17 h
Fax : 05 62 05 39 27 - www.ameli.fr
Un accès réservé aux Employeurs : tél. 0 811 709 731 *(prix d'un appel local depuis un poste fixe)*
du lundi au vendredi de 8 h à 17 h

Un numéro tout simple pour nous joindre
36 46
Prix d'un appel local depuis un poste fixe

..IJ/08/2009

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION