MUTUELLE DES SAPEURS-POMPIERS DE PARIS
104 avenue de Fontainebleau
94270 LE KREMLIN-BICETRE
N° SIREN
391 036 183

☎ 01 43 90 44 51
e-mail : secretariat@mspp75.fr

DEMANDE DE RADIATION D'AYANTS DROIT

NOM - PRENOM de l'adhérent : ……..……...

Date de naissance : ……..…… Lieu : ……..…… Dépt : ……

N° de mutuelle : ……..…… N° de sécurité sociale :/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/__/ /__/__/__/ clé /__/__/

Adresse : ……..….....

Code postal : ……..….. Ville : ……

☎ : ….……..e-mail : ……..……..

AYANTS DROIT A RADIER POUR LE BENEFICE DES PRESTATIONS MALADIE :

Après avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle, je demande la radiation de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de Paris des ayants droit désignés ci-dessous

	Nom – Prénom ***Nom de jeune fille pour l'épouse***	***Date de naissance***	***N° de sécurité sociale***
Conjoint	……..……..	……	/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/
Adresse	……..... ……	☎	……

	(Nom – prénom)		***(Nom – prénom)***
1er enfant	……	***3ème enfant***	……..……
2ème enfant	……	***4ème enfant***	…….....

RATTACHEMENT POUR LE BENEFICE DU CAPITAL DECES-INVALIDITE :

(A remplir obligatoirement si l'ayant droit rayé est le conjoint. A défaut, le conjoint ne sera pas rattaché pour le bénéfice du C.D.I).

	Cotisation mensuelle	Montant du capital
moins de 65 ans	2,70 €	12 000,00 €
plus de 65 ans	0,34 €	1 500,00 €

DEMANDE DE RATTACHEMENT DU CONJOINT POUR LE BENEFICE DU CAPITAL DECES-INVALIDITE :

Conformément au règlement mutualiste, je demande l'adhésion du conjoint désigné dans le tableau ci-dessus au contrat 0394 D de la CNP assurances.

OUI ☐ **NON** ☐

Fait à _____ le _____

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».