



# 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 <i>Nom de jeune fille pour l'épouse</i>	Date de naissance	N° de sécurité sociale	
Conjoint	.....	.....	_/_ _/_/_ / _/_/_ / _/_/_ / _/_/_ / _/_/_	
Adresse	.....		☎	.....

	(Nom – prénom)		(Nom – prénom)
1 <sup>er</sup> enfant	.....	3 <sup>ème</sup> enfant	.....
2 <sup>ème</sup> enfant	.....	4 <sup>ème</sup> 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	0,68 €	3 000,00 €

## 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 ».

