



DEMANDE DE RADIATION D'AYANTS DROIT

NOM - PRENOM de l'adhérent :

Date de naissance : Lieu : Dépt :

N° d'adhérent : N° de sécurité sociale : /_/_/_ /_/_/_ /_/_/_ /_/_/_ /_/_/_ clé /_/_/_

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : e-mail :

AYANTS DROIT A RADIER POUR LE BENEFICE DES PRESTATIONS SANTÉ :

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 :

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

	<i>(Nom – prénom)</i>		<i>(Nom – prénom)</i>
<i>1^{er} enfant</i>	<i>3^{ème} enfant</i>
<i>2^{ème} enfant</i>	<i>4^{ème} enfant</i>

CONSERVATION DU CAPITAL DECES-INVALIDITE DE L'AYANT DROIT :

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

SOUHAITEZ-VOUS CONSERVER LES DROITS DE L'AYANT DROIT POUR LE CAPITAL DECES-INVALIDITE ?

La conservation des droits pour le C.D.I est possible seulement si l'ayant droit est toujours considéré comme étant le conjoint de l'adhérent.

	Cotisation mensuelle	Montant du capital
moins de 65 ans	2,70 €	12 000,00 €
plus de 65 ans	0,68 €	3 000,00 €

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 ».