



4, rue Paul Eluard  
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

## RADIATION D'UN AYANT-DROIT

N° Tél. : 02-32-95-11-49

N° Fax : 02-32-95-11-70

[section.sante.rouvray@fraternelle-interentreprises.fr](mailto:section.sante.rouvray@fraternelle-interentreprises.fr)

*Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.*

Je soussigné(e), M \_\_\_\_\_

demande la radiation de :

Mon conjoint ou mon concubin

Mon enfant

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

A dater du : \_\_\_\_\_ (date de la radiation)

**Prise d'effet de la radiation :** La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la demande.

Date :

Signature de l'adhérent :