



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

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 :