

RADIATION D'UN AYANT-DROIT

DEMANDE À ENVOYER COMPLÉTÉE À L'ADRESSE POSTALE CI-DESSOUS

Je soussigné(e), M _____ , adhérent n° : _____

demande la radiation de :

Mon conjoint ou mon concubin

Mon enfant

Date de radiation souhaitée

| 01 / / |

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

Date :

Signature de l'adhérent :

Adresse postale : TSA 20117 31151 FENOUILLET CEDEX ☎ 09 80 98 01 09

Espace personnel sur : <https://lfie.synergie-mutuelles.fr>

Site institutionnel : www.fraternelle-interentreprises.fr

Siège social : 225 av. Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex
mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – Siren n° 302 999 115