

**DEMANDE DE RESILIATION**

**Ce document n'est pas à compléter par le salarié d'une entreprise mandataire de son personnel si celle-ci se charge directement de cette formalité.**

Je soussigné(e)  M  Mme  Melle .....

adhérent auprès de la CFE sous le N° de Sécurité sociale |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**demande la radiation de l'assurance :**

- maladie-maternité (invalidité)
- accident du travail - maladie professionnelle
- vieillesse

**demande seulement la radiation de l'option complémentaire : (1)**

- indemnités journalières - capital décès
- soins dispensés en France
- voyages d'expatriation

(1) Attention : aucune adhésion ultérieure à ces options ne sera désormais possible

Date souhaitée de la radiation : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

*La radiation ne peut avoir d'effet rétroactif. Elle est en principe prononcée à la fin du trimestre civil au cours duquel votre demande est réceptionnée ou bien dès reprise d'une activité en France.*

**Motif de la demande :**

- Raisons personnelles
- Retour en France (2)      Préciser la date du retour effectif : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|
  - Si inscription au chômage, joindre le récépissé d'inscription
  - Si reprise d'une activité salariée, joindre une attestation de l'employeur

(2) Votre adresse en France : .....  
.....  
.....

FAIT A ..... LE |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|      SIGNATURE