Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

DEMANDE DE RÉSILIATION

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),

❑ Monsieur ❑ Madame .....

adhérent auprès de la CFE sous le numéro de sécurité sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

demande la radiation de l'assurance :	**demande seulement la radiation de l'option complémentaire** *(attention : aucune adhésion ultérieure désormais disponible)* **:**
❑ maladie - maternité (invalidité)	❑ indemnités journalières - capital décès
❑ accident du travail - maladie professionnelle	❑ soins dispensés
❑ vieillesse	❑ voyages d'expatriation

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 Préciser la date du retour effectif : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Votre adresse en France : .....
.....
.....

Pièce à joindre :

- si inscription au chômage, le récépissé d'inscription
- si reprise d'une activité salariée, une attestation de l'employeur

Fait à..... Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Signature :

annexe-dde-rad-indiv - 02/2017

CFE • 160, rue des Meuniers • CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex • France
Tél. depuis la France : 01 64 71 70 00 / Tél. depuis l'étranger : +33 1 64 14 62 62 • Fax : +33 1 60 68 95 74 • www.cfe.fr