

TRAVAILLEUR INDÉPENDANT RETRAITÉ (ou de son conjoint ou concubin survivant) : BULLETIN DE RADIATION

NOM

Prénoms

Date de naissance
jour mois année

N° assuré CAFAT

N° de compte cotisant /

Adresse où le courrier relatif à la radiation pourra être expédié :

bâtiment, immeuble, résidence

rue, avenue boîte postale

code postal commune

Téléphone : domicile mobile fax

E.mail

Date de radiation :
jour mois année

Motifs de la radiation (*) :

(*) En cas de décès du travailleur indépendant retraité :

1. Joindre le certificat officiel de la Commune,
2. Le conjoint ou le concubin survivant doit compléter un bulletin d'immatriculation au **Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM)** sauf s'il est déjà :
 - titulaire d'une pension de retraite ou de réversion de la CAFAT ou de l'OTRAF,
 - ou personnellement inscrit en tant que travailleur indépendant retraité.

Je soussigné, certifié sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et m'engage à signaler tout changement modifiant cette déclaration.

Fait le
jour mois année

signature