

DEMANDE DE DÉSAFFILIATION

UN FORMULAIRE DE DESAFFILIATION PAR PRENEUR D'ASSURANCE

Pour les produits Medicalia, Hospitalia Ambulatoire et Dentalia Up et/ou Dentalia Plus, la désaffiliation sera d'application pour tous les membres de la famille (sauf exceptions statutaires)

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom :																														
Prénom :																														
Adresse :																					N°				Bte					
Code postal :				Localité :																										
Date de naissance :																														
N° client :																														

Apposez ici une vignette de la mutualité

Je sollicite la désaffiliation de la (des) couverture(s) suivante(s) (cochez la ou les case(s) qui convient(nent)) :

- Hospitalia*
 Hospitalia Medium*
 Hospitalia Ambulatoire
 Dentalia Up
 Hospitalia Plus*
 Hospitalia Continuité
 Forfait H
 Medicalia
 Dentalia Plus

*si vous êtes affiliés à la Garantie 'Maladies graves', la désaffiliation du produit Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus entrainera automatiquement la désaffiliation de la Garantie 'Maladies graves'.

pour le ou les assuré(s) ci-dessous : (veuillez indiquer le nom de **toutes** les personnes à désaffilier y compris vous-même, le cas échéant)

Nom(s)et prénom(s) assuré(s)	Date de naissance

La désaffiliation entre en vigueur au plus tôt 1 mois après le 1er jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée, ou la date de remise contre récépissé de cette demande par la mutualité, ou la date de remise de l'exploit d'huissier, et ce conformément à la loi.

Raison de la désaffiliation (nécessaire) :

- couverture insuffisante
 prime trop élevée
 assurance groupe (employeur)
 autre (veuillez indiquer) :

Fait à le

Signature du preneur d'assurance

À compléter lors de la remise de la demande de désaffiliation dans une agence :

Fait en 2 exemplaires en date du, dont 1 exemplaire a été remis au client.	
Signature du preneur d'assurance/client	Signature du conseiller et cachet de l'agence