

## DEMANDE DE DÉSAFFILIATION

### UN FORMULAIRE DE DESAFFILIATION PAR PRENEUR D'ASSURANCE

Pour les produits Medicalia, Hospitalia Ambulatoire et Dentalia, 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)) :

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalia      | <input type="checkbox"/> Hospitalia Medium        | <input type="checkbox"/> Hospitalia Continuité | <input type="checkbox"/> Hospitalia Ambulatoire                           |
| <input type="checkbox"/> Hospitalia Plus | <input type="checkbox"/> Garantie Maladies Graves | <input type="checkbox"/> Forfait H             | <input type="checkbox"/> Medicalia <input type="checkbox"/> Dentalia Plus |

pour le ou les assuré(s) ci-dessous :

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