

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)) :

- Hospitalia
 Hospitalia Medium
 Hospitalia Continuité
 Hospitalia Ambulatoire
 Hospitalia Plus
 Garantie Maladies Graves
 Forfait H
 Medicalia
 Dentalia Plus

pour le ou les assuré(s) ci-dessous :

Nom(s)et prénom(s) assuré(s)	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 (facultative) : assurance via employeur autre :

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