

CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ET/OU FACULTATIF

Conformément à la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'application, vous pouvez résilier votre(vos) contrats(s) frais de santé à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

L'ENTREPRISE : (Merci de compléter tous les champs)

Raison sociale

Adresse du siège social

Code postal Ville.....

Téléphone.....

E-mail

N° SIRENN° SIRET.....

Avez-vous déjà adressé la demande de résiliation de votre contrat auprès de votre organisme assureur actuel ?

OUI Si vous avez procédé à la résiliation, merci de dater et signer ce document et de nous faire parvenir la copie du courrier par lequel votre ancien assureur vous confirme la date effective de la résiliation.

NON Si non, nous devons effectuer pour votre compte les formalités de résiliation de votre contrat actuel. Dès lors que votre décision de souscrire auprès de notre organisme est prise, merci de compléter la suite de ce formulaire.

IDENTIFICATION DU(DES) CONTRAT(S) A RESILIER : (Merci de compléter tous les champs)

Merci de saisir obligatoirement tous les numéros de contrats concernés par votre demande :

N° de contrat	N°	N°	N°	N°
Contrat à adhésion :	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultative	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultative	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultative	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultative
Nom & adresse de l'organisme assureur				

ENGAGEMENT :

Je soussigné,

- atteste que le(s) contrat(s), cité(s) ci-dessus, ont été souscrit(s) il y a plus d'un an,
- confirme prendre la décision de souscrire un(des) nouveau(x) contrat(s) Frais de santé auprès de Malakoff Humanis Prévoyance,
- demande à Malakoff Humanis Prévoyance d'effectuer pour mon compte la résiliation de mon(mes) contrat(s) auprès de mon organisme assureur actuel,
- demande que la date d'effet de mon/mes nouveau(x) contrat(s) soit fixée :
 - Au 1^{er} jour d'un mois suivant l'expiration du délai des 30 jours de la résiliation soit au 01/___/20___
 - 1 mois de date à date à compter du lendemain de l'envoi de la lettre de résiliation à mon ancien assureur

Je m'engage à adresser au commercial Malakoff Humanis la copie du courrier par lequel mon ancien assureur me confirme la date effective de la résiliation dès que je l'aurai reçu ou à le tenir informé d'un éventuel refus dans les plus brefs délais.

Fait à

Le

<p>Pour L'ENTREPRISE</p> <p>Représentée par (Nom / Prénom) :</p> <p>.....</p> <p>Agissant en qualité de (fonction) :</p> <p>.....</p>	<p>SIGNATURE</p> <p><i>Précédée de la mention « Lu et approuvé »</i></p>
--	---

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la prise en compte de votre demande de résiliation. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com