

CONTRAT INDIVIDUEL FRAIS DE SANTE

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.

VOTRE IDENTIFICATION : (Merci de compléter tous les champs)

Nom d'usage (d'époux/d'épouse)
Nom de naissance (si différent)
Prénom(s)
Adresse
Code postal Ville.....
Date de naissance Téléphone mobile.....
E-mail.....

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 faire parvenir la copie du courrier par lequel votre ancien assureur vous confirme la date effective de la résiliation à votre assureur conseil.
- 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°
Nom de l'organisme assureur		
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 Assurances,
- demande à Malakoff Humanis Assurances 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 à mon assureur conseil 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

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Assurances, 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 ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres de produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales. A défaut, je suis susceptible de recevoir les informations par courrier postal ou par téléphone.

MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES

Société Anonyme au capital de 23 565 660 Euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Paris 447 883 661
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris