



Conseiller :

Nom \_\_\_\_\_

Code \_\_\_\_\_

 M  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | | | |

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Je souhaite résilier mon adhésion au contrat d'assurance prévoyance n° \_\_\_\_\_ pour le motif suivant :

- A échéance au 31 décembre en respectant le délai de préavis prévu au contrat.
- Cessation d'activité (uniquement si présence de garanties incapacités de travail et/ou d'invalidités). Un justificatif de la cessation d'activité doit être fourni tel qu'une attestation de départ à la retraite, un certificat de radiation...
- Changement de statut (uniquement si présence de garanties incapacités de travail et/ou d'invalidités) : expatriation, Travail non salarié à salarié ou inversement. Un justificatif de changement de statut doit être fourni tel qu'un contrat de travail, une fiche de paie, une attestation de l'employeur, un justificatif d'expatriation, un KBIS...
- Autre situation à préciser : \_\_\_\_\_

J'ai pris bonne note que la date effective de résiliation me sera confirmée dans mon espace adhérent du site Agipi.com

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

## Protection des données personnelles

*J'ai été informé que les données contenues dans le présent document sont utilisées pour la passation et la gestion du contrat d'assurance, la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, l'élaboration de statistiques et études actuarielles, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, par ADIS, responsable du traitement, et que celles-ci pourront être communiquées à l'association souscriptrice, ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de la gestion dudit contrat.*

*ADIS est légalement tenu de vérifier que les données renseignées dans le présent document sont exactes, complètes et, le cas échéant de les mettre à jour. Aussi, j'ai été informé que je pourrais être sollicité par ADIS afin de vérifier les informations communiquées ou pour compléter mon dossier.*

*J'ai été informé que mes données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour les durées spécifiquement prévues par les délibérations de la CNIL ou la loi.*

*J'ai été informé qu'il m'est possible d'accéder à mes données, de m'opposer à leur traitement ou de choisir d'en limiter l'usage, de demander leur effacement, portabilité ou rectification en cas d'erreur et de définir des directives relatives au sort de mes données après mon décès en écrivant à l'adresse suivante : ADIS - Délégué à la Protection des Données - 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM CEDEX.*

*Dans l'hypothèse d'une réclamation relative au traitement de mes données, j'ai été informé de mon droit de saisir la CNIL.*

**Centre de gestion – Filiale d'AXA France Vie**

Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 € - 306 843 731 RCS Strasbourg - ORIAS n° 07 029 368 (www.orias.fr)

**Siège Social** - 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex

Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

