



Conseiller :

Nom _____

Code _____

M Mme

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] Ville _____

E-mail _____ Portable _____

Je souhaite résilier mon contrat d'assurance Agipi Santé n° _____ pour le motif suivant :

- A l'expiration d'un délai de 12 mois complets d'assurance.
- A échéance au 31 décembre.
- Je change d'assureur.
- J'adhère à une mutuelle obligatoire. *Je joins une attestation de l'employeur.*
- Je déménage à l'étranger. *Je joins une attestation de radiation de la Sécurité sociale.*
- J'adhère à la Complémentaire Santé Solidaire. *Je joins une attestation de la Sécurité sociale.*
- Autre situation à préciser : _____

Je vous remercie de bien vouloir m'adresser une confirmation mentionnant la date effective de la résiliation.

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.

