

# ATTESTATION/MANDAT AUX FINS DE PRISE EN CHARGE DES FORMALITÉS DE RÉSILIATION

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur.....(Nom/Nom de Naissance/ Prénom),  
né(e) le ...../...../..... (date) à ..... (Lieu de naissance), demeurant .....  
.....(Adresse),  
adhérent(e) au contrat frais de santé n° ....., ayant pris effet le  
...../...../..... auprès de ..... (Nom ancien organisme assureur) :

Mandate Solimut Mutuelle de France afin de réaliser, en mon nom et pour mon compte, les formalités de résiliation de mon contrat auprès de mon ancien organisme assureur désigné ci-dessus. Je déclare que mon adhésion au contrat susvisé a pris effet il y a un an et plus, et que cette adhésion peut être dénoncée au titre de la résiliation infra-annuelle. Par ailleurs, je souhaite adhérer au contrat frais de santé..... (libellé de la gamme), auprès de Solimut Mutuelle de France.

La résiliation prend effet 1 mois après réception de la demande de résiliation.

Si vous souhaitez que votre contrat prenne fin à une date ultérieure, précisez la date de prise d'effet souhaitée :  
...../...../.....

Refuse que Solimut Mutuelle de France réalise, en mon nom et pour mon compte, les formalités de résiliation de mon contrat auprès de mon ancien organisme assureur.

Je suis informé(e) que la responsabilité de Solimut Mutuelle de France ne saurait être engagée en cas de double couverture ou de rupture de droits, résultant de la non résiliation de mon contrat frais de santé auprès de mon ancien organisme assureur.

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires pour la prise en charge des formalités de résiliation de votre contrat auprès de votre précédent organisme. L'absence de fourniture de ces informations empêchera la notification de la résiliation de votre contrat par notre Mutuelle.

Les données personnelles ainsi collectées font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France, en sa qualité de responsable de traitement, avec pour finalité, la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Ce traitement est nécessaire à l'exécution des mesures précontractuelles prises à votre demande.

Les catégories de destinataires de vos données sont les services de Solimut Mutuelle de France habilités à les traiter en raison de leurs fonctions, les organismes de sécurité sociale, les sous-traitants partenaires, les réassureurs et co-assureurs, le précédent organisme assureur et les personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Ces données sont conservées pendant la durée de validité de votre contrat et jusqu'à l'expiration des délais légaux et réglementaires de prescription applicables.

Vous disposez à tout moment, dans les conditions prévues par la réglementation, sur ces données de droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité, de limitation et de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès. Vous pouvez exercer vos droits « Informatique et Libertés » en contactant le Délégué à la Protection des Données soit par e-mail à l'adresse électronique [dpo.smf@solimut.fr](mailto:dpo.smf@solimut.fr), soit par courrier à l'adresse postale : DPO – SMF, UGM Solimut, 7 quai de la Joliette, Castel Office, 13002 Marseille. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès direct dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale par la Mutuelle.

En cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la CNIL d'une réclamation à l'adresse postale suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données, vous pouvez consulter notre Politique de Protection des Données accessible sur notre site internet au [www.solimut-mutuelle.fr](http://www.solimut-mutuelle.fr) ou l'obtenir sous format papier auprès de l'un de nos conseillers mutualistes.