Bulletin de radiation

« Garantie frais de santé »

Date d'effet ……/…… …. /……

N° de gestion du contrat ……

N° d'adhérent (si déjà adhérent) ……

AMICALE CENTRE de SECOURS de :

Identification de l'adhérent

Civilité O Mr. O Mme NOM …… …… Prénom ……

Adresse …… Code postal ……

Commune …… Tél …… Tél portable ……

E-mail (en majuscule) ……

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations.

Situation familiale …… Profession ……

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de Naissance	Sexe (1)	N° Régime Obligatoire	Caisse de Régime Obligatoire
Adhérent Bénéficiaire 1						
Conjoint/Concubin/ Pacsé/Bénéficiaire 2						
Bénéficiaire 3					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 4					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 5					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 6					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	

Régime Obligatoire de l'adhérent O Général O Autre …… / du conjoint O Général O TNS/PI O Autre ……

(1) Féminin = **F** – Masculin = **M** (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale

Motif de la radiation :

Mention légale Protection des données

En accord avec le nouveau Règlement Général de la Protection des Données, entré en vigueur le 25 mai 2018, la mSp32 s'engage à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données.

Si vous souhaitez, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant. Pour exercer ce droit adressez-vous à **mSp32** 59 route de Pessan 32000 AUCH.

Fait le :

Signature de l'adhérent