

Nom / Prénom

Adresse

Code postal

N ° téléphone

Fait à _____, le _____

Objet :

Départ de la collectivité

Nom de la collectivité :

Je soussigné(e) *nom prénom*

Par la présente, vous informe de mon départ de la collectivité *nom de la collectivité*

Au : *date de départ*

A compter du (*date d'effet de la modification*) :

☐ Souhaite **CONTINUER A BENEFICIER** du contrat-groupe MUTUELLE SANTE comme le prévoit la convention de participation du CDG88. J'ai pris note que je ne bénéficierai plus de la participation employeur et la cotisation sera prélevée directement sur mon compte bancaire.

En cas de départ à la retraite, j'ai pris connaissance du tarif correspondant à ma situation.

Je joins le mandat de prélèvement signé et RIB

☐ Souhaite **RADIER** le contrat contrat-groupe MUTUELLE SANTE

☐ Je suis muté(e) vers une collectivité qui adhère à la convention de participation MUTUELLE SANTE du CDG88 et **souhaite maintenir ma couverture actuelle** / joindre l'arrêté de mutation

SIGNATURE :