

BULLETIN DE SUSPENSION D’AFFILIATION AU CONTRAT SANTÉ

Je soussigné :

Civilité M. Mme Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° adhérent MSPP :

Téléphone : Email :

demande à être placé en position de **suspension d’affiliation au contrat santé MSPP**, disposition me permettant de maintenir mon adhésion à la MSPP à la date du :/...../.....

Cette décision me permet de conserver le bénéfice :

- des garanties du « capital décès-invalidité » et « rente dépendance » incluses dans mon contrat actuel¹⁻² ;
- des garanties décès et prévoyance optionnelles³ auxquelles j’ai éventuellement souscrites ;
- de l’action sociale et des partenariats à venir et existants (assurance emprunteur, caution, prévoyance, services bancaires, accompagnement obsèques...) proposés par la MSPP à ses adhérents.

Fait à.....le/...../20.....

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Signature :

¹ Contrats CNP N°0394 D et N°A063 F

² Cette décision s’applique également sur les contrats CNP des ayants droit (conjoint)

³ Contrats MGP