

## FORMULAIRE D'OPPOSITION

Les données personnelles recueillies dans ce formulaire sont traitées par Apivia Mutuelle, responsable de traitement, pour répondre à votre demande d'exercice du droit d'opposition.

Nous pourrions être amenés à communiquer vos données, aux mêmes fins, aux autres entités du groupe MACIF responsables de traitement, ses partenaires et sous-traitants.

Les données relatives aux pièces d'identité transmises pour l'exercice de ce droit sont conservées pendant un an.

### VOS COORDONNEES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Pour les adhérents, merci d'indiquer votre référence : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### OPPOSITION

Je m'oppose à ce que mes données soient utilisées à des fins de prospection commerciale :

- par téléphone       par mail       par courrier
- par les entités du Groupe MACIF
- par ses partenaires

### PIECES JUSTIFICATIVES

Veuillez joindre à votre demande une photocopie de la/les pièce(s) suivante(s) :

- ✓ **Une pièce justificative de votre identité recto-verso (obligatoire)**  
*Si vous êtes sous tutelle/sous mandat, joindre également la pièce d'identité du tuteur/curateur/mandataire ainsi que le mandat.*
- ✓ **D'autres pièces justificatives (facultatives)**  
*Vous pouvez joindre également toute autre pièce justificative permettant d'appuyer votre demande.*

Fait à .....

Date .....

Signature :

**Le présent formulaire et les pièces justificatives doivent être retournés à l'adresse suivante :**

- Postale : Apivia Mutuelle – Service contrôle Interne – CS 30000 – 79077 Niort cedex 9
- Mail : [protectiondesdonnees@apivia.fr](mailto:protectiondesdonnees@apivia.fr)

