

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

Veillez 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 retournées à l'adresse suivante :

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

