

Expéditeur (Assuré)

.....
.....
.....

Numéro de contrat

.....

Destinataire (Assureur)

.....
.....
.....

MANDAT DE RESILIATION INFRA ANNUELLE

Je soussigné(e)

demeurant.....

souscripteur du contrat Santé N°..... assuré par

..... mandate

l'assureur..... pour résilier le contrat référencé
ci-dessus, en vue de la souscription d'un nouveau contrat santé.

Je demande que la résiliation prenne effet :

- au plus tôt, c'est-à-dire un mois à compter du lendemain de la date d'envoi de la demande de résiliation
- le /...../..... (date à renseigner). Je suis informé(e) que la résiliation prendra effet au plus tard à la fin du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'un mois précité.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Fait le/...../.....

Signature de l'assuré