

Expéditeur (Assuré)

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

Numéro de contrat

.....

Destinataire (Assureur)

Mutuelle EPC

TSA 77801

59049 LILLE Cedex

## MANDAT DE RESILIATION INFRA ANNUELLE

Je soussigné(e) .....

demeurant.....

...

souscripteur du contrat Santé N°.....

assuré par .....

mandate l'assureur, **Mutuelle EPC**, 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