Nom – Prénom assuré(e)

Adresse

CP - VILLE

 NOM DE L’ORGANISME CEDANT

 ADRESSE

 ADRESSE

 CP - VILLE

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e), Madame/Monsieur Prénom – Nom, demeurant XXXXXXXXXXXXX, donne mandat à la mutuelle MIE, pour agir en mon nom et mon compte afin de résilier le contrat santé souscrit auprès de XXXX.

* Contrat n° [référence du contrat à résilier]
* Type de contrat : Complémentaire santé
* Motif de résiliation :
* Résiliation infra-annuelle : En application de l’article L113-15-2 du code des assurances ou l’article 221-10-2 du code de la mutualité ou de l’article L932-12-1 du code de la Sécurité sociale.
* Je déclare que le contrat susvisé a été souscrit il y a un an et plus, et que ce contrat peut donc être résilié au titre des articles précités.
* Je donne, par ailleurs, mon accord pour souscrire un nouveau contrat auprès de la mutuelle MIE pour ce risque.

**Merci de me transmettre un certificat de résiliation pour transmission à la mutuelle MIE.**

Le présent mandat est valable pour une durée d’un an à compter de sa date de signature.

Date :

A :

**Signature**