## RESILIATION CONTRAT COLLECTIF

## Lettre MANDAT– ENTREPRISE – Complémentaire santé

**Expéditeur GROUPE APICIL**

*Raison sociale adhérent 38 rue François PEISSEL*

*Adresse adhérent BP 99*

*SIREN* 69644 Caluire et Cuire cedex

*SIRET libellés établissement*

*Téléphone de contact*

*Mail de contact*

 **Le**

**Objet :** Accord pour résiliation de mon contrat Santé par le Groupe APICIL

Madame, Monsieur,

Je soussigné *(nom/prénom) (fonction dans l’entreprise)* de *(Raison sociale adhérent)* domiciliée au *(adresse adhérent)* demande au Groupe APICIL d’effectuer les démarches à ma place pour résilier pour le *(date de résiliation)* mon contrat de complémentaire santé *(nom de l’assureur actuel)* de référence *(référence contrat)* ayant débuté le *(date de début d’effet)* en raison de *(motif de résiliation).*

Dans cette attente, je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

**Signature du souscripteur**