## RESILIATION CONTRAT INDIVIDUEL

## Lettre MANDAT–Individuels– complémentaire santé

**Expéditeur GROUPE APICIL**

*Nom/prénom* 38 rue François PEISSEL

*Adresse adhérent* BP 99

*Téléphone de contact* 69644 Caluire et Cuire cedex

*Mail de contact*

 Le

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

Madame, Monsieur,

Je soussigné *(nom/prénom)* résidant 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).*

J’ai noté que la résiliation de mon contrat concerne également mes ayants droit ci-dessous :

*(Nom usuel/née nom de naissance/prénom)* né(e) le *(date de naissance),* numéro *(numéro de Sécurité sociale).*

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

**Signature**