## RESILIATION CONTRAT COLLECTIF

## Lettre MANDAT– ENTREPRISE – Complémentaire santé

**Expéditeur GROUPE APICIL**

*Raison sociale adhérent 51 boulevard Marius Vivier-Merle*

*Adresse adhérent TSA 95568*

*SIREN* 69501 LYON CEDEX 03

*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(e) *(nom/prénom) (fonction dans l’entreprise)* de *(Raison sociale adhérent)* domicilié(e) 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)* référencé *(référence contrat)* ayant débuté le *(date de début d’effet)* en raison de *(motif de résiliation).*

*Dans cette attente, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.*

**Signature du souscripteur**