## RÉSILIATION CONTRAT INDIVIDUEL

## Lettre MANDAT–Individuels– complémentaire santé

**Expéditeur GROUPE APICIL**

*Nom/prénom 51 boulevard Marius Vivier-Merle*

*Adresse adhérent TSA 95568*

*Téléphone de contact 69501 LYON CEDEX 03*

*Mail de contact*

 Le

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

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) *(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)* référencé *(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 recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.*

**Signature**