

NOM :

PRENOM :

RUE :

CP : VILLE :

VIA SANTE MUTUELLE
GESTION SANTE
TSA 90025
69653 VILLEFRANCHE CEDEX

MANDAT DE RESILIATION

Madame, Monsieur,

Je soussignée M. _____, né(e) le ____ / ____ / _____, demeurant à l'adresse suivante : _____

Donne mandat à la société VIASANTE MUTUELLE, pour agir pour mon compte afin de résilier le contrat suivant souscrit auprès de _____

Adresse _____ pour l'ensemble des risques qu'il couvre :

- ☐ **Contrat N°** _____
- ☐ **Type de contrat : Complémentaire santé**

Par ailleurs je déclare avoir souscrit un nouveau contrat auprès de VIA SANTE pour ce risque.

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

Signature (avec mention de la date de signature et du lieu)