

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)