

**MANDAT DE RESILIATION :  
MANIFESTATION EXPRESSE DE LA VOLONTE DU SOUSCRIPTEUR DE RESILIER ET DE SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT**

Je soussigné (e), **Mme / Mr**

né (e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ demeurant \_\_\_\_\_

En application des dispositions de l'article L.221-10-2 du code de la mutualité, je vous confirme, ma volonté expresse de dénoncer les garanties complémentaires santé en cours, souscrites par mes soins, auprès de l'organisme ci-dessous référencé :

Dénomination de l'ancien organisme assureur du contrat à résilier :

Adresse du siège social de l'ancien organisme assureur :

Code postal :

Ville :

Référence du contrat ou des contrats : n°

Garantie (s) complémentaire (s) santé dénommée (s) :

Coordonnées de l'ancien assureur :

A cet effet, je donne mandat à la **MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE ET D'ASSISTANCE (MGPA)** aux fins de :

- Procéder pour mon compte aux formalités de résiliation des garanties complémentaires en cours, en vue de souscrire un nouveau contrat complémentaire santé auprès de cette dernière ;
- Réclamer le cas échéant, en mon nom, un certificat de radiation/résiliation.

La résiliation des garanties s'appliquera à l'intégralité des bénéficiaires des garanties.

Date d'effet de la résiliation souhaitée :

Date d'effet du nouveau contrat :

Fait à :

Le :

**Signature** (précédée de la mention manuscrite « bon pour mandat ») :

