

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

Je soussigné (e) :

Dénomination sociale :

N°SIREN :

N°SIRET :

Forme juridique :

Adresse du siège social :

Nom, prénom du représentant légal :

Nom, prénom, fonction du signataire du présent mandat :

En application des dispositions de l'article L.221-10-2 du code de la mutualité, en ma qualité de représentant dûment autorisé à l'effet des présentes, je vous confirme, ma volonté expresse de dénoncer les garanties complémentaires santé en cours, souscrites par mes soins pour mes salariés, 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 souscrits : n°

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

Coordonnées de l'ancien assureur (tél + email) :

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.

Date d'effet de la résiliation souhaitée :

Date d'effet du nouveau contrat :

Fait à :

Le :

Cachet et signature (précédée de la mention manuscrite « bon pour mandat ») :