

# MANDAT DE RÉSILIATION DE CONTRAT D'ASSURANCE FRAIS DE SANTÉ



Vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé auprès de notre entité Mutuelle Familiale des Cheminots de France et nous vous remercions pour votre confiance.

Conformément aux dispositions légales, et dans le cadre de votre souscription d'un contrat de complémentaire santé, Mutuelle Familiale des Cheminots de France, votre futur organisme assureur **peut effectuer pour votre compte les formalités de résiliation de votre contrat auprès de votre assureur actuel. Notre objectif est de vous simplifier vos démarches administratives sans rupture de couverture !**

Facile et rapide, complétez les informations ci-dessous et signez votre demande de mandat.

## LES INFORMATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR ACTUEL

Nom de l'Organisme assureur de votre contrat à résilier : \_\_\_\_\_

Adresse du siège social de l'Organisme assureur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## VOS INFORMATIONS

Référence de votre ancien contrat (N°) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, **confirme avoir souscrit un nouveau contrat de complémentaire santé** auprès de Mutuelle Familiale des Cheminots de France.

**J'autorise ainsi, Mutuelle Familiale des Cheminots de France à résilier le contrat** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

souscrit auprès de \_\_\_\_\_  
**pour mon compte conformément aux dispositions légales.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :