

Nom / Prénom

Adresse

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE

MNT

N° 775678584

MANDAT DE RESILIATION

Je soussigné(e),

- M. Mme :
- Né(e), le :
- Domicilié(e) :

donne mandat à la société Mutuelle Nationale Territoriale pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier le contrat suivant souscrit auprès de _____

N° SIREN _____.

- ✓ Contrat N° : _____
- ✓ Type de contrat : Complémentaire Santé
- ✓ Motif de résiliation :
 - Résiliation infra annuelle : en application de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, ou L.113.12 du Code des Assurances
 - Je déclare que le contrat susvisé a été souscrit il y a un et plus, et que ce contrat peut donc être résilié au titre des articles précités
 - Je donne, par ailleurs, mon accord pour souscrire un nouveau contrat auprès de la MNT pour ce risque.

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

Le

A

Signature

(Précédée de la mention "Lu et approuvé »)