

Conformément aux dispositions des articles L221-10-2 et R221-6-II du code de la mutualité, et dans le cadre de mon adhésion à un contrat frais de santé auprès de la MGAS,

Je, soussigné(e),

MES COORDONNÉES

Civilité : Monsieur Madame

Nom (nom de naissance, suivi du nom d'usage le cas échéant) :

Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

Demeurant :

Code Postal : Ville / Pays :

donne mandat à la **Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS)**, Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro 784 301 475 au répertoire SIREN, sis 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, de procéder à la résiliation/dénonciation de mon contrat de santé en cours

Référence / numéro de contrat :

en mon nom auprès de mon actuel organisme complémentaire :

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE CÉDANT, DESTINATAIRE DE LA RÉSILIATION

Nom de l'organisme complémentaire :

Adresse du siège :

Code Postal : Ville :

Siren :

J'ai pris bonne note que l'adhésion de mon nouveau contrat couverture santé auprès de la MGAS ne pourra prendre effet que le lendemain de la date d'effet de la résiliation de mon actuel contrat auprès de l'organisme cédant à 00h00.

La date de résiliation de mon contrat :

Un mois plus un jour à compter de la date d'envoi de la notification à l'organisme cédant conformément aux articles L221-10-2 et R221-6 du code de la mutualité.

Signature du souscripteur / du membre participant

Fait à :

Le :