

Expéditeur



MBTP SE
5 rue Jean-Marie Chavant
69369 LYON Cedex 07
04 27 84 22 84

À _____, le _____,

Objet : accord pour résiliation de mon contrat santé par MBTP SUD-EST

Je soussigné*e _____,
résidant au :

demande à la mutuelle MBTP d'effectuer les démarches à ma place pour résilier le
mon contrat de complémentaire santé souscrit auprès de _____
portant la référence _____ ayant débuté le _____
en raison du motif suivant _____.

J'ai noté que la résiliation de mon contrat concerne également mes ayants droit ci-dessous :
(nom de naissance, prénom / date de naissance / n° de sécurité sociale)

Le
Signature :

** Au 31 décembre de chaque année ultérieure à la prise d'effet de l'adhésion, l'une ou l'autre des parties peut dénoncer ladite adhésion par l'envoi d'une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle. L'Adhérent peut également dénoncer son adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.*

