

MANDAT DE RESILIATION A RETOURNER COMPLETE ET SIGNE

Je soussigné(e)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Donne mandat à

QAPE SAS
Immeuble BuroVert
ZA LES HÂTES DU VERNY
89130 TOUCY


Prise en la personne de son directeur général

De procéder en mon nom et pour mon compte à la résiliation du contrat / ou de mon adhésion au contrat dont les références sont rappelées ci-après, conformément aux dispositions de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

Nom de l'Assureur :
Coordonnées de l'Assureur :
Numéro du contrat :
Numéro d'adhérent :
Date d'échéance :

En application du présent Mandat QAPE SAS devra procéder seul aux éventuelles formalités administratives relatives à cette résiliation et sera l'interlocuteur unique de mon ancien assureur.

En signant le présent contrat de Mandat, je reconnais avoir conscience que la résiliation de mon contrat ou de mon adhésion, que je demande à QAPE SAS de réaliser pour mon compte, aura pour effet de me faire perdre le bénéfice des garanties prévues au contrat que j'entends résilier.

Pour le Mandant	Pour QAPE SAS agissant en tant que Mandataire
Fait le : A :	A : TOUCY
Signature	 <p>QAPE SAS L'Innovation en Assurance www.qape.fr bureaux : Immeuble BuroVert ZA les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY RCS Auxerre 819502154 - ORIAS 16002647</p>