

**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 VERNROY  
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><b>QAPE SAS</b> L'Innovation en Assurance www.qape.fr bureaux : Immeuble BuroVert ZA les Hâtes du Vernoy - 89130 TOUCY RCS Auxerre 819502154 - ORIAS 16002647</p>